

OFICINA DE CONTROL INTERNO

SEGUIMIENTO AL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – SIAR-, SUBSISTEMAS DE RIESGOS Y CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO SEMESTRE I DEL 2026

EQUIPO OFICINA DE CONTROL INTERNO

Revisado por:

Lina Marcela Toro Ruiz
Jefe de la oficina de control interno

Elaborado por:

Kelly Johana Flórez Uribe
Profesional

Agosto de 2026

SEGUIMIENTO AL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – SIAR-, SUBSISTEMAS DE RIESGOS Y CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO

I. ASPECTOS GENERALES.

1. OBJETIVO:

Realizar seguimiento al nivel de implementación y fortalecimiento del Sistema Integrado de Administración del Riesgo – SIAR, sus diferentes subsistemas y el Código de Conducta y Buen Gobierno de la ESE Hospital La María, mediante la verificación de las recomendaciones y acciones de mejora establecidas en evaluaciones de las vigencias anteriores, de conformidad con los lineamientos y disposiciones emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. ALCANCE:

La Oficina de Control Interno realiza un seguimiento del nivel de implementación a las recomendaciones realizadas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a los diferentes subsistemas en la ESE Hospital La María que con corte al mes de junio de 2025 habían quedado en proceso de cumplimiento; teniendo en cuenta lo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud por medio de las Circulares Externas 009 de 2016, 003 de 2018, 004-5 de 2021, 005-5 de 2021 y 053-5 de 2022 y partiendo de los resultados de las evaluaciones realizadas a diciembre - 2025 y de las evidencias reportadas por la Oficina de Planeación y las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno.

3. DOCUMENTACIÓN REVISADA (CRITERIOS):

El presente informe se desarrollará con base en 2 criterios:

1). SUPERSALUD - CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2021.

- Diligenciamiento del autodiagnóstico de seguimiento a la Gestión de Riesgos y los diferentes subsistemas de la ESE Hospital La María.
- Seguimiento a la implementación de los subsistemas de administración del riesgo de LA/FT/FPADM – SARLAFT, Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOE, Riesgo en Salud, Riesgo Operacional – SARO, Liquidez, Crédito, Actuarial y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE.
- Verificar las acciones implementadas para el fortalecimiento del Código de Conducta y Buen Gobierno e Integridad de la ESE Hospital La María.

2). SUPERSALUD - CIRCULAR EXTERNA 0003 DEL 24 DE MAYO DE 2018 Avance en implementación de los riesgos. Acta Junta Directiva 006 de 2022 (mención del documento dentro del Sistema de Gestión de Riesgos)

4. METODOLOGIA

- La verificación se realizó basada en el informe de evaluación del Sistema de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos de la ESE Hospital La María a diciembre 2025 de los Subsistemas de Administración del Riesgo de LA/FT/FPADM – SARLAFT, Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF, Riesgo en Salud, Riesgo Operacional – SARO, Liquidez, Crédito, Actuarial y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE.

II. SEGUIMIENTO SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – SIAR-SUBSISTEMAS

- 1. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA - LA/FT/FPADM SARLAFT.**

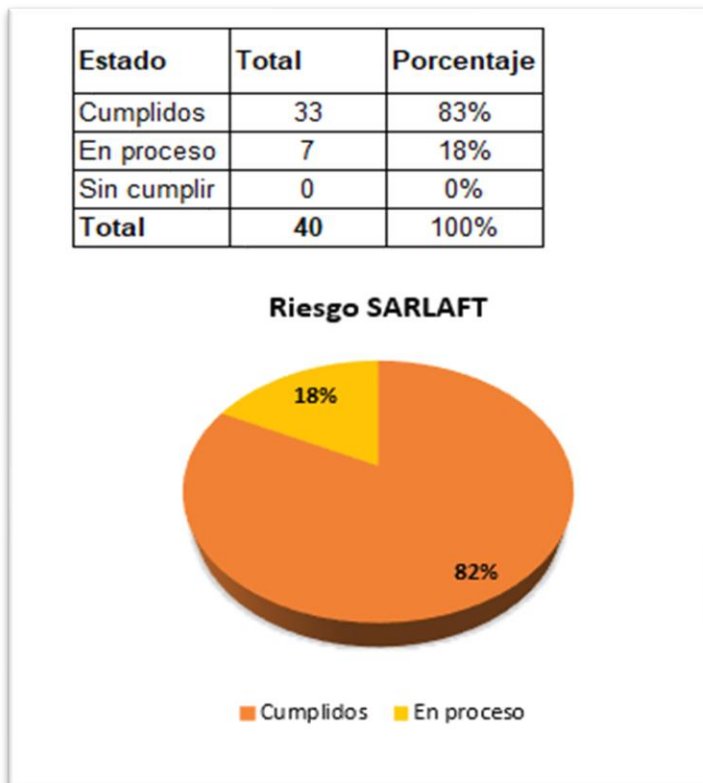


Gráfico N°1. Resultado autodiagnóstico Riesgo SARLAFT. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Implementación de procesos y/o procedimientos para consultar de forma permanente las listas vinculantes para Colombia de los miembros de la organización (clientes, usuarios, PEP, socios, trabajadores, empleados y proveedores).
- Se cuenta con seguimiento y monitoreo a los riesgos asociados a lavado de activos, la financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva – LA/FT/FPADM SARLAFT.
- Se tiene procedimiento para la adecuada implementación, funcionamiento de los elementos y etapas de SARLAFT.
- Además, se tiene evidencias de los soportes internos de operaciones inusuales – RIOI, reporte de SIREL.
- Se cuenta con formato institucional para la declaración del SARLAFT.

2. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF-

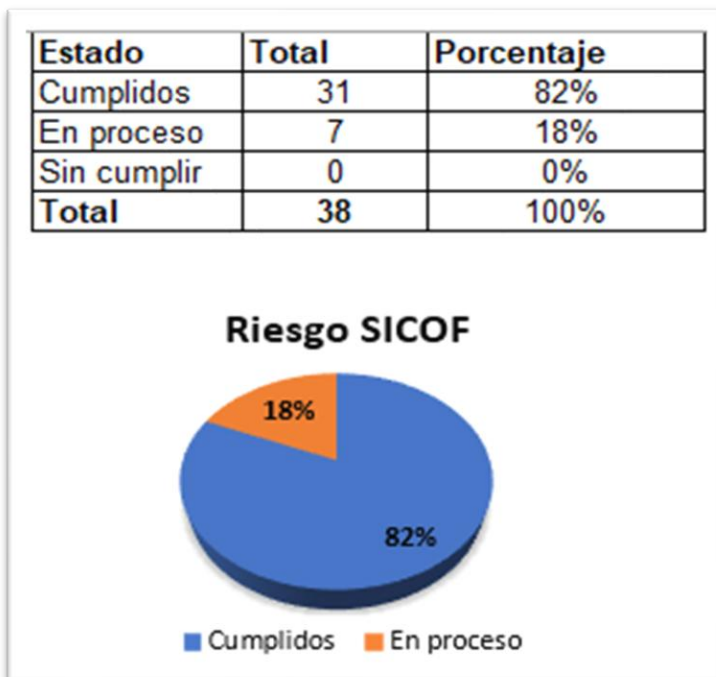


Gráfico N°2. Resultado autodiagnóstico Riesgo SICOF. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Se implementan políticas, procedimientos SICOF y controles que contribuyen al fortalecimiento de la transparencia y la administración de los riesgos institucionales.
- La institución cuenta con mapa de riesgo de corrupción donde se describe los riesgos y control de cada uno de estos.
- Dentro del proceso de SIAU se presenta informes de seguimiento de PQRF, las gestiones adelantadas en cuanto a las PQRF, además existen canales para que la ciudadanía presente sus manifestaciones mediante la página web, buzones de sugerencias y la oficina de atención al usuario.
- Implementar un canal de denuncias en el micrositio de la pagina web de la ESE Hospital la María.

3. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD.

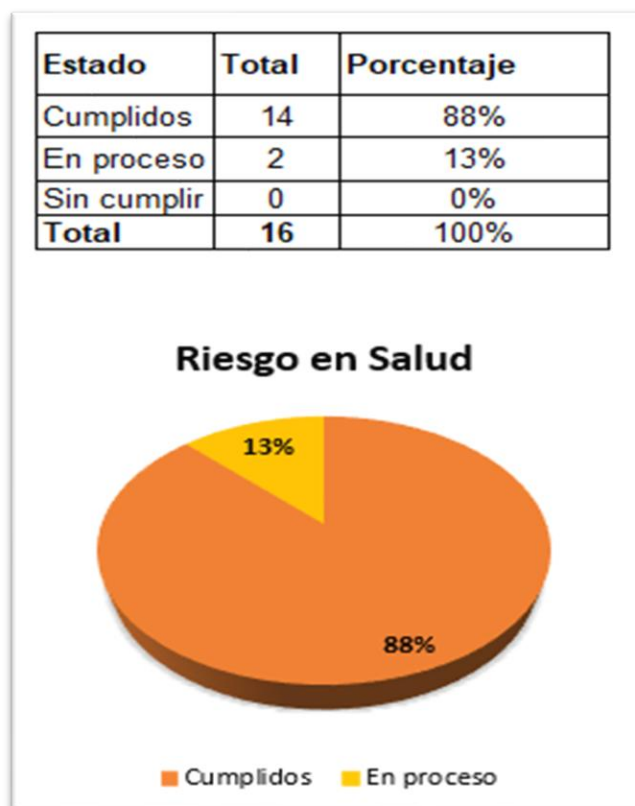


Gráfico N°3. Resultado autodiagnóstico Riesgo en Salud. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- En el diligenciamiento del instrumento de autodiagnóstico y una vez revisadas las evidencias aportadas, las 16 respuestas referentes a la administración del Riesgo en Salud se tiene un cumplimiento del 88%. Este resultado refleja avances en la implementación el sistema obligatorio de la garantía de la calidad (habilitación, acreditación, sistemas de información para la salud y planes de auditoría para el mejoramiento continuo).
- Se destaca el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente, donde se designó un enfermero líder para liderar este programa y realizar las debidas rondas de seguridad en los diferentes servicios asistenciales, a su vez motiva al personal asistencial al debido reporte de los incidentes y eventos adversos presentados, fortaleciendo la cultura de seguridad del paciente.

- Los líderes de procesos de realizan jornadas de inducción y reintroducción en la socialización de las guías de prácticas clínicas, manuales y procedimientos de los servicios asistenciales, para la adherencia de los procesos y garantizar una prestación de servicios de salud integral en cuanto a la calidad, humanización del servicio y la seguridad del paciente.
- La generación de información clara, confiable, oportuna y precisa de la rentabilidad de cada uno de los centros de costo operativos pero hay deficiencias en la documentación y forma de hacer el recobro de glosas

4. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL – SARO.

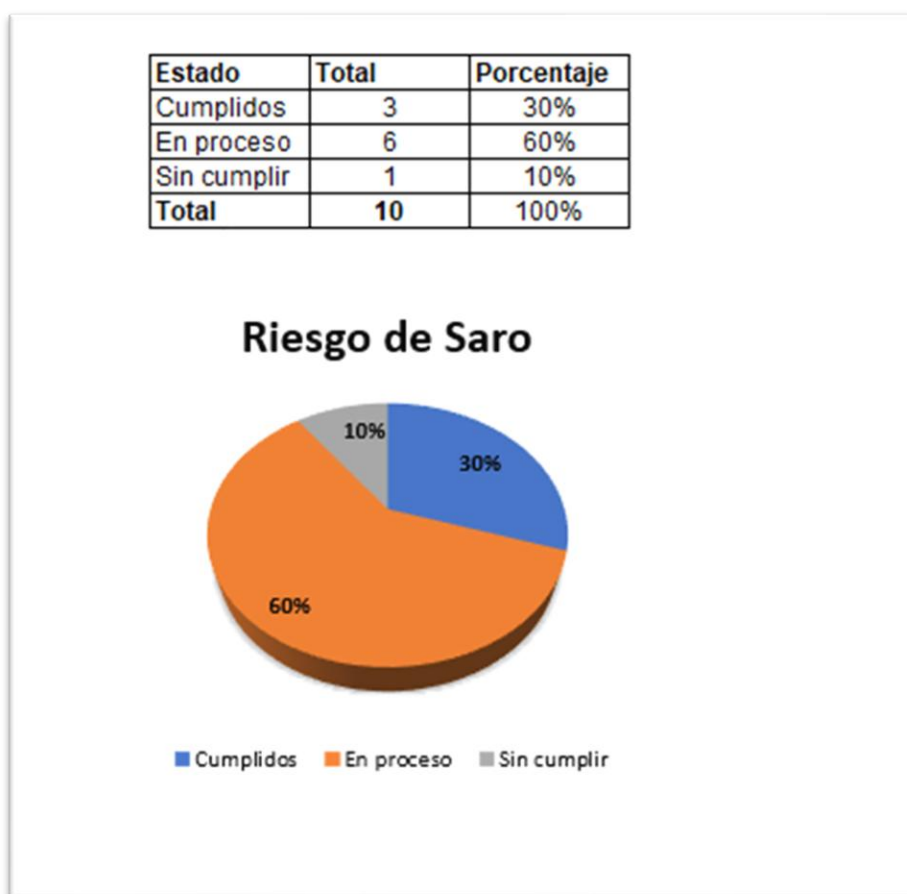


Gráfico N°4. Resultado autodiagnóstico Riesgo SARO. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCl.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Se están actualizando las matrices de riesgos de acuerdo con la guía para la gestión integral de riesgos en entidades públicas versión 7. Con el fin de gestionar

los riesgos operacionales, así como controles asociados a los procesos institucionales.

- Se suscribió plan de mejoramiento con la Procuraduría, en el que se están identificando las posibles pérdidas en demandas y otros riesgos por la operación propia de la entidad.
- Incorporar políticas y procedimientos enfocados al riesgo operativo, con el fin de vigilar la entidad financiera y establecer controles que permitan monitorear el riesgo de sufrir pérdidas operacionales.

5. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ.

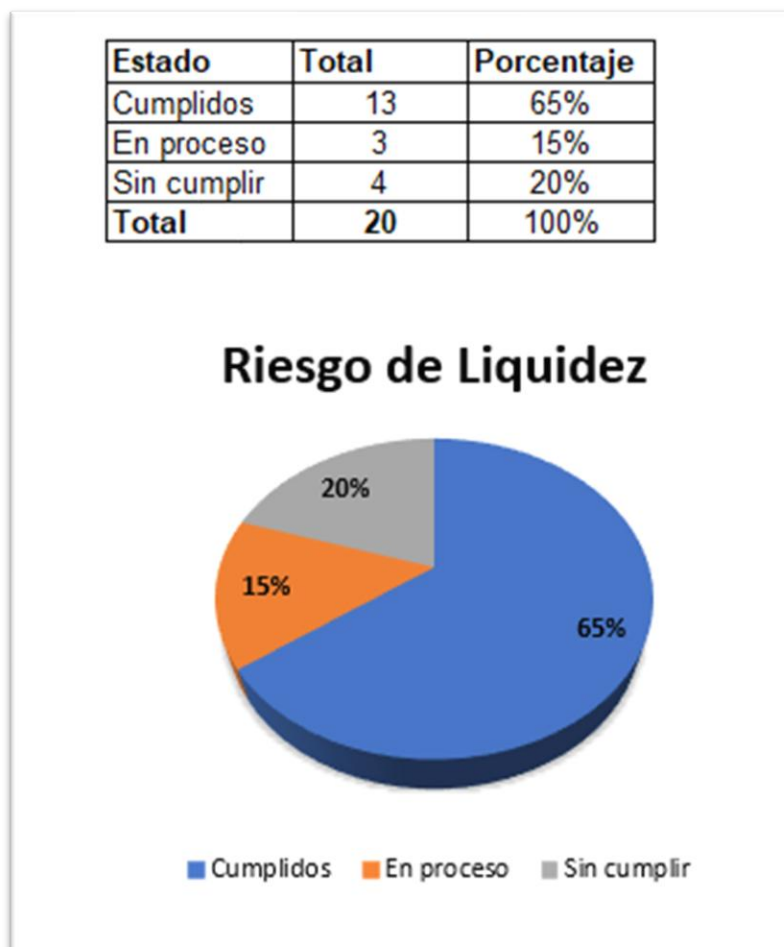


Gráfico N°5. Resultado autodiagnóstico Riesgo de Liquidez. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Se requiere la Implementación de una metodología aplicada para la proyección de flujos de caja permitiendo la gestión anticipada para la necesidad de liquidez y facilitar la toma de decisiones financieras.
- Implementar la acción de mejora “modelos de liquidez que incorporan escenarios de stress y back testing”, los cuales no se tienen en el proceso.
- Se tiene un modelo financiero donde se identifica los ingresos recibidos por la venta de servicios de salud y registrados las obligaciones de cuentas por pagar concepto (insumos y medicamentos, dispositivos médicos o equipo biomédico, salarios, gastos operativos y administrativos, entre otros).

6. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO.

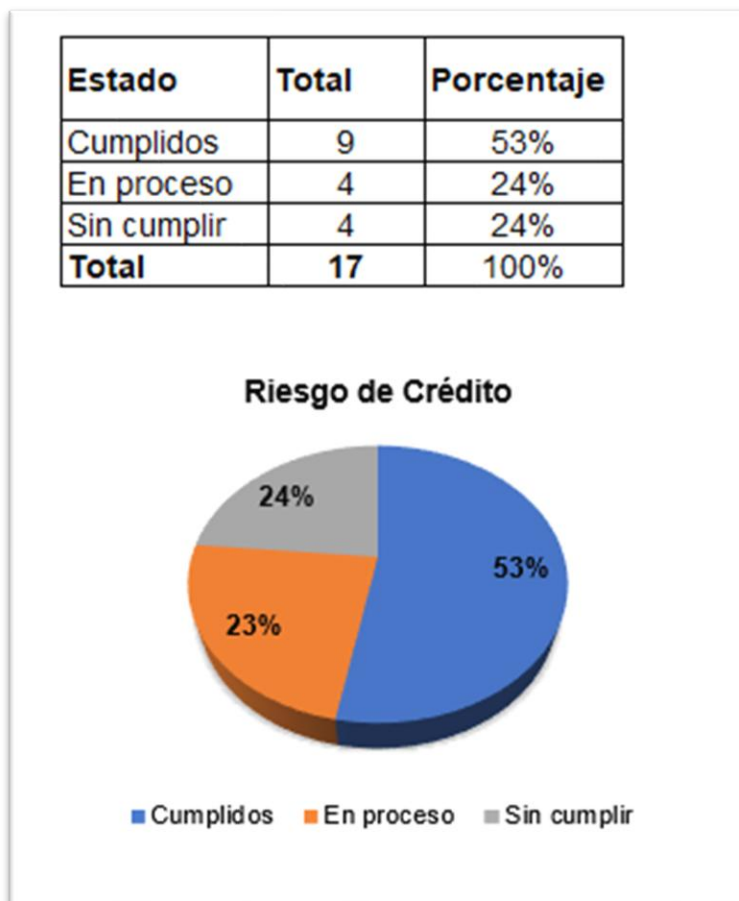


Gráfico N°6. Resultado autodiagnóstico Riesgo de Crédito. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Se evidencia un cumplimiento del 53 %. Como fortaleza se identifica que la entidad cuenta con políticas y procedimientos para el seguimiento y cobranza de las obligaciones, procedimientos documentados que están en proceso de actualización.
- Se requiere la implementación de las políticas para la fijación de porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad.
- Se requiere la elaboración de un procedimiento para la clasificación de un activo con fundamento en la calificación de crédito emitidas por agencias calificadoras de riesgos.

7. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL.

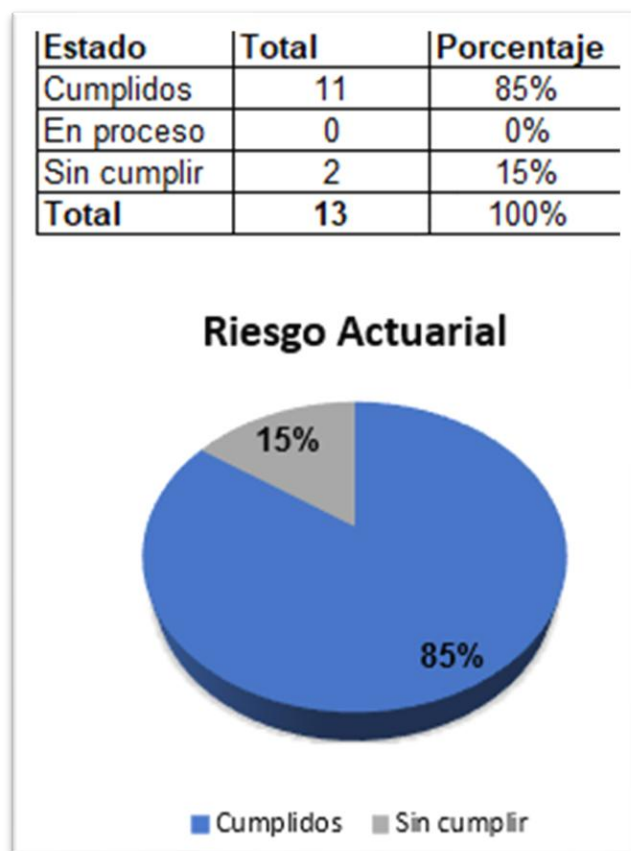


Gráfico N°7. Resultado autodiagnóstico Riesgo Actuarial. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Presenta un cumplimiento del 84,6%, evidenciándose como fortaleza la caracterización de la población objeto de los contratos. Asimismo, la entidad cuenta con modelos cuantitativos y estadísticos para estimar pérdidas esperadas e inesperadas, analizar variaciones de costos e ingresos y anticipar posibles incrementos en los costos de atención.

8. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE.

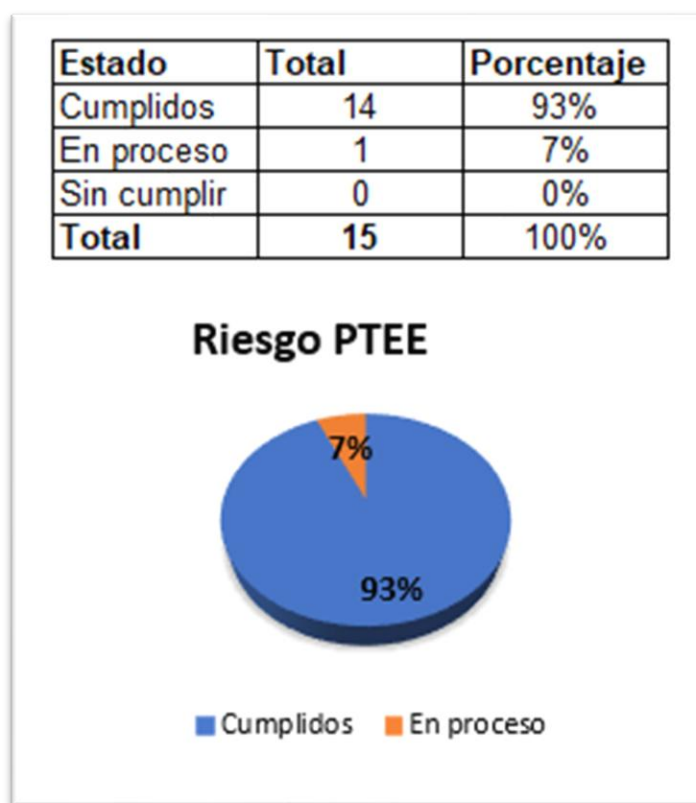


Gráfico N°7. Resultado autodiagnóstico PTEE. Fuente: Creación propia. Elaboró: OCI.

Acciones que están implementadas y en proceso de fortalecimiento:

- Se evidencia que el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) fue elaborado y aprobado por la Junta Directiva mediante el Acuerdo No. 018

del 25 de noviembre de 2025, mediante el cual se adopta formalmente como instrumento institucional para fortalecer la transparencia, la integridad, la prevención de riesgos asociados a prácticas indebidas y la promoción de una cultura ética en la entidad.

- Este programa requiere de ajustes de acuerdo con la metodología de la Función Pública, respecto de sus componentes, ajustes enfocados a fortalecer la periodicidad de las metas y la medición de indicadores de las actividades que permitan el fortalecimiento de la transparencia e integridad en las actividades de la entidad.

III. SEGUIMIENTO SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – SIAR- GOBIERNO CORPORATIVO

1. GOBIERNO CORPORATIVO

El Código de Conducta y de Buen Gobierno, se define como un conjunto de medidas concretas para las IPS, en materia de: (i) Máximo Órgano Social, (ii) Órganos de Administración, (iii) Órganos de Control, (iv) Grupos de Interés, (v) Revelación de Información y, (vi) Pautas de Conducta. (Resaltado fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, la esencia del Código de Conducta y de Buen Gobierno inicialmente, fue la implementación voluntaria de las medidas, sin embargo, estas se hicieron de adopción obligatoria mediante la Circular Externa 04-5 de 2021, de acuerdo con lo contemplado en el Capítulo I de la citada norma que establece:

“Para la implementación y fortalecimiento del Gobierno Organizacional y Código de Conducta en las entidades, se debe tener en cuenta las medidas mencionadas en la Circular Externa 003 de 2018 o las que la modifiquen, sustituyan o eliminen para su implementación”

En este sentido, La Oficina de Control Interno realizó la verificación y evaluación del Código de Buen Gobierno e Integridad vigente y publicado en el sitio Web <https://lamaria.gov.co/politica-proteccion-de-datos/> , frente a las evidencias aportadas por la Oficina de Planeación con corte al mes de julio de la presente vigencia y las fuentes documentales disponibles en la Entidad (Sitio Web, Manuales, Políticas, Procesos y Procedimientos).

Se contrastaron los aspectos antes descritos frente a las acciones y las herramientas disponibles en la Entidad referentes al Código de Buen Gobierno e Integridad, se logró constatar que se implementaron las siguientes acciones tendientes al fortalecimiento y mejoramiento continuo del Gobierno Organizacional y Código de Conducta en la Entidades:

- En el marco de la celebración del Día del Servidor Público, se llevó a cabo una campaña institucional orientada a la socialización del Código de Integridad y Buen Gobierno, desarrollada de manera lúdica y participativa. Durante la jornada, se brindó información sobre los valores institucionales, promoviendo su apropiación y aplicación en el desarrollo de las funciones para el fortalecimiento del Gobierno Organizacional y el conocimiento del Código de Buen Gobierno e Integridad. Esta actividad estuvo dirigida al personal asistencial y administrativo de la institución.
- Desde la oficina de Talento Humano se llevan a cabo actividades de capacitación en la socialización de la política de humanización de los servicios de salud y la divulgación de los deberes y derechos de los usuarios, además en la política de humanización se integró los valores organizacionales como honestidad, respeto, compromiso, diligencia, justicia, humanización, enfocados en fortalecer la cultura de transparencia, la atención humanizada y la atención integral a los usuarios y sus familiares.
- Se evidencia que el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) fue elaborado y aprobado por la Junta Directiva mediante el Acuerdo No. 018 del 25 de noviembre de 2025, mediante el cual se adopta formalmente este programa como instrumento institucional para fortalecer la transparencia, la integridad, la prevención de riesgos asociados a prácticas indebidas y la promoción de una cultura ética en la entidad.
- Informes y seguimientos al Sistema de Atención al Usuario – SIAU. Desde la oficina de control interno se realizan los seguimientos a los informes de PQRF de manera semestral, donde se evalúan las manifestaciones en cuanto a total de PQRF presentadas, motivo de las manifestaciones, servicios donde se presentan la PQRF, tiempos de respuestas, medios de recepción de las quejas, además se evalúa la totalidad de deberes y derechos socializados, encuestas de satisfacción y la participación social en salud. De acuerdo a esta información la oficina de control interno realiza una evaluación independiente que contribuye al control del proceso e identificar oportunidades de mejora, como resultado de estas evaluaciones se establecen planes de mejoras para que sean subsanados y se garantice la oportunidad de la atención, la accesibilidad de los servicios de salud.
- La ESE Hospital la María se encuentra un micrositio habilitado para la publicación de la Rendición de cuentas a la comunidad <https://lamaria.gov.co/plan-de-servicio-al-ciudadano/>, que permite a la comunidad consultar los avances del Hospital en la gestión del área financiera, la gestión clínica, gestión de indicadores y los proyectos y programas de salud ejecutados, siendo una herramienta indispensable de consulta y acceso a la información que facilita el relacionamiento entre la comunidad y el personal de salud, así mismo al conocimiento de la gestión en salud con enfoque integral de transparencia, ciudadanía y los mecanismos de participación comunitaria.

- Se adelantan auditorías a los procesos de la institución entre los cuales se encuentran consulta externa, planeación, calidad, gestión ambiental realizados durante el primer semestre del año 2026. En el segundo semestre del año 2026 se estará realizando la auditoría al proceso de Gestión del talento humano, Estas auditorías están enfocadas en la evaluación de los riesgos, los procesos en las etapas de PHVA con el propósito de identificar oportunidades de mejora, fortalecer la gestión institucional y contribuir al mejoramiento continuo de los procesos.
- La Oficina de control interno realizó la evaluación por dependencias donde se registró el cumplimiento de los criterios de gobernanza organizacional, la socialización del código de buen gobierno e integridad, y la evaluación de apropiación del Código de Integridad con una muestra de 33 servidores públicos y contratistas. Los resultados evidenciaron un 100 % de comprensión del propósito del Código de Integridad y de las acciones asociadas al valor del compromiso; un 97% de reconocimiento de su integración como política orientadora de la gestión del talento humano y un 91 % de identificación de los valores institucionales.
- Se evidencia la operatividad del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, mediante el desarrollo de las actividades y sesiones establecidas para el cumplimiento de sus funciones y actividades en la actualización de los riesgos de la institución.
- Establecimiento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos – SIAR- con seguimiento y monitoreo mediante Matriz en Excel de los Riesgos de Corrupción.

IV. RESULTADOS DEFINITIVOS DE LA EVALUACIÓN SISTEMA DE RIESGOS (SUBSISTEMAS)

Complementario a los resultados consignados en el presente informe, a continuación, se presentan los resultados de la evaluación realizada por subsistemas, donde se observa que, de un total de 169 criterios evaluados, 128 criterios se encuentran en estado cumplido equivalente al 76%, a su vez 30 criterios se encuentran en proceso, correspondientes al 18 % y 11 criterios sin cumplir que corresponde el 6%. Lo anterior evidencia un nivel favorable de implementación; no obstante, se requiere establecer y ejecutar las medidas necesarias para lograr la implementación total de los criterios pendientes.

SISTEMA/ SUBSISTEMA	SARLAFT		SICOF		RIESGO SALUD		SARO	
Estado	Nº	% Participación	Nº	% Participación	Nº	% Participación	Nº	% Participación
Cumplidos	33	83%	31	82%	14	88%	3	30%
En proceso	7	18%	7	18%	2	13%	6	60%
Sin cumplir	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%

Total, ítems Evaluados	40	100%	38	100%	16	100%	10	100%
-------------------------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------

SISTEMA/ SUBSISTEMA	LIQUIDEZ		CRÉDITO		ACTUARIAL		PTEE		TOTAL	
Estado	Nº	% Participación	Nº	% Participación	Nº	% Participación	Nº	% Participación	Nº	% Participación
Cumplidos	13	65%	9	53%	11	85%	14	93%	128	75%
En proceso	3	15%	4	24%	0	0%	1	7%	30	18%
Sin cumplir	4	20%	4	24%	2	15%	0	0%	11	6%
Total Ítems Evaluados	20	100%	17	100%	13	100%	15	100%	169	100%

VI. CONCLUSIONES

1. Con los resultados producto de la evaluación con corte a julio 30 de 2026 del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos de la ESE Hospital La María, se concluye que la totalidad de los criterios establecidos en la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 y la Circular Externa 0003 de 2018 están implementados, sin embargo, los criterios evaluados y que a juicio del proceso de evaluación realizado por la Oficina de Control, quedaron catalogados como “En Proceso” tienen la significancia de considerarse criterios implementados en la Entidad, pero, a la vez requieren un proceso de fortalecimiento mediante acciones de mejoramiento que garanticen la permanencia y la madurez del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos en la Entidad.
2. Del total de 169 criterios evaluados, 128 criterios se encuentran en estado cumplido equivalente al 76%, a su vez 30 criterios se encuentran en proceso, correspondientes al 18 % y 11 criterios sin cumplir que corresponde el 6%. Por lo anterior se requiere fortalecer la administración de los riesgos y sus subsistemas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS / SUBSISTEMA	TOTAL	
Estado	Nº	% Participación
Cumplidos	128	76%
En proceso	30	18%
Sin cumplir	11	6%
Total, Ítems Evaluados e implementados	169	100%

3. Respecto al Código de Buen Gobierno e Integridad se establece que debe estar en monitoreo y seguimiento constante, que permita una evaluación ajustada a los requerimientos de ley conforme a las exigencias de la Supersalud.

VII. RECOMENDACIONES

1. Establecer un plan de acción de corto plazo para adelantar las actividades de fortalecimiento a los criterios evaluados como en “proceso” y también mejorar la implementación del Código de Buen Gobierno e Integridad, de manera que el Sistema de Riesgos se ajuste plenamente a las circulares emitidas por la Supersalud en la E.S.E. Hospital La María.
2. Es necesario fortalecer los subsistemas que presentan mayores oportunidades de mejora, especialmente Riesgo Operacional, Riesgo de Liquidez y Riesgo de Crédito, priorizando los criterios que actualmente se encuentran en proceso o sin cumplir.
3. Se recomienda la evaluación del Código de Buen Gobierno e Integridad de la ESE Hospital La María, con el fin de incluir de concluir si debe actualizar respecto de aspectos que se generen por la expedición de la normatividad aplicable o por las consideraciones que aporten los servidores de la Entidad y relacionada con los riesgos institucionales (la mejora continua de las herramientas implementadas para la gestión de los mismos), el fortalecimiento de las herramientas de información pública y atención al ciudadano, el desarrollo de las actividades establecidas en los diferentes planes institucionales, especialmente, el Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
4. Es importante continuar con las estrategias de comunicación para que los servidores públicos y contratistas conozcan el código de buen Gobierno e Integridad desde el ingreso a la institución en los procesos de inducción y reinducción, para que los servidores públicos se apropien de sus principios, valores y la transparencia en la realización de sus labores.
5. Incluir capacitaciones, foros, conversatorios y otros espacios donde se pueda participar a la ciudadanía de la implementación y política de buen gobierno.
6. Continuar con la revisión y actualización de los riesgos asociados a la gestión en salud, de conformidad con los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles – Versión 7 de la Función Pública.

7. Es conveniente mantener el monitoreo permanente de los riesgos institucionales y sus controles, permitiendo la sostenibilidad y madurez del Sistema Integrado de Administración del Riesgo.

Atentamente,



LINA MARCELA TORO RUIZ
Jefe Oficina de Control Interno.

Anexo: Autodiagnóstico de la Supersalud de evaluación al nivel de implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos de la ESE Hospital La María, según la Circular Externa 20211700000004-5 de la Supersalud, con corte al 30 de julio de 2026.

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Kelly Johana Flórez Uribe, Profesional de Apoyo Oficina de Control Interno		26/08/2026
REVISÓ	Lina Marcela Toro Ruiz, Jefe Oficina de Control Interno		27/08/2026
APROBÓ	Lina Marcela Toro Ruiz, Jefe Oficina de Control Interno		27/08/2026
Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.			