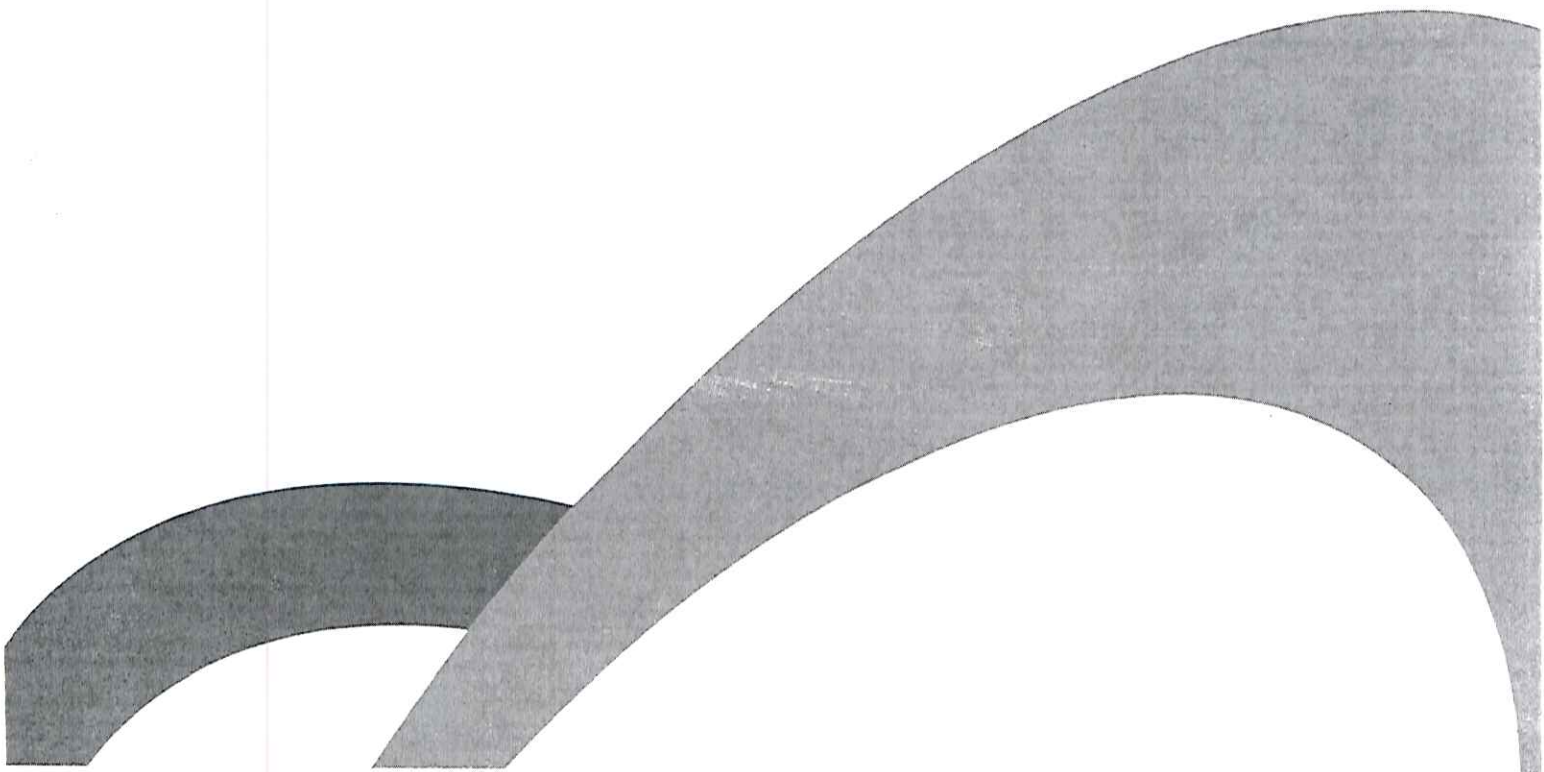




Informe Seguimiento al Riesgo Institucional 2021





| | | | |
|---|---------------------------------------|---------|---------------|
|  | Informe | Código | IF_01_PL |
| | Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INDICE DE GRÁFICOS..... | 2 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1 RIESGOS OPERACIONALES..... | 4 |
| 2 OTROS RIESGOS..... | 7 |
| 2.1 Riesgos de Corrupción..... | 7 |
| 2.2 Riesgos previsibles..... | 7 |
| 2.3 SARLAFT: sistema de administración del riesgo del lavado de activos y financiación del terrorismo..... | 7 |
| 3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 11 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Avance conocimiento de cliente vigencia 2021..... | 9 |
| Gráfico 2. Comparativo evaluación SARLAFT 2020-2021..... | 10 |
| Gráfico 3. Participación de capacitación en SARLAFT 2021..... | 11 |

| | | | |
|--|---------------------------------------|---------|---------------|
|  E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ | Informe | Código | IF_01_PL |
| | Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

INTRODUCCIÓN


De conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la Ley 87 de 1993 le corresponde a la Oficina de Control Interno asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos. El artículo 17 del Decreto 648 de 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí, en cumplimiento de su rol de seguimiento y evaluación, realizó verificación de las acciones que se adelantaron durante la vigencia 2021 por parte de los procesos institucionales.

De igual forma, teniendo en cuenta que el numeral 6 del artículo 6 del Decreto 648 de 2017 establece, que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad "*Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad*", así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno, a través del cumplimiento de los roles establecidos mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales. Esta Oficina realizó seguimiento de manera permanente a los riesgos y el mapa de riesgos de la entidad como los instrumentos que le permite a la institución identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de riesgo, tanto internos como externos.

Por lo anterior, se recomendó en la vigencia anterior (2020) y de acuerdo con la actualización de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 5, del Departamento Administrativo de la Función Pública; realizar la actualización de todas las matrices de riesgos, de los procesos y cada uno de los subprocesos, además de la revisión permanente de la matriz de riesgo de corrupción, como medida de mejora y así evitar efectivamente la materialización de los riesgos en el hospital.

Dando alcance a lo anterior se presenta el seguimiento a los riesgos en general del E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí y a los riesgos de corrupción, tomando como referente los parámetros establecidos en la política de administración del riesgo.

| | | | |
|---|---------------------------------------|---------|---------------|
|  | Informe | Código | IF_01_PL |
| | Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

1 RIESGOS OPERACIONALES

Los Mapas de Riesgos Institucionales constituyen una herramienta que permite hacer monitoreo, seguimiento y mitigación de los riesgos, con el fin de evitar que algún suceso afecte el cumplimiento de la misión, los objetivos institucionales, los objetivos de los procesos o la satisfacción de los usuarios.

En el plan de desarrollo institucional, la Línea Estratégica 1. Fortalecimiento Institucional, contiene la gestión del Riesgo, la actividad propuesta fue avanzar en la implementación del modelo de administración del riesgo institucional, con la construcción de las matrices de riesgo por dependencia con sus respectivos controles, para lo que se definió un plan de acción liderado por la Oficina de Planeación y Calidad.

Es por lo anterior, que el Hospital logró ajustar e implementar la Política de administración del riesgo que entre sus componentes estableció los compromisos para administrar los riesgos institucionales, determinando los factores internos y externos, identificando, analizando, valorando los riesgos; además, se definieron medidas encaminadas a evitar, prevenir, mitigar, compartir o transferir aquellos de mayor probabilidad de ocurrencia, que generan un impacto considerable en los objetivos institucionales, realizando un seguimiento periódico a la efectividad de los controles, con el compromiso y participación de todos los procesos.

La divulgación de la política de administración del riesgo y la consolidación de los mapas de riesgos institucionales la realizó la Oficina de Planeación y Calidad, de la misma manera la divulgación se realizó en todas las etapas de construcción del mapa de riesgos en el marco de un proceso participativo.

Seguidamente en la identificación del riesgo se logró establecer las fuentes o factores de riesgo, los eventos o riesgos, sus causas y sus consecuencias. Para el análisis se tuvo en cuenta datos históricos, análisis teóricos, opiniones informadas y las necesidades de las partes interesadas. Posteriormente en la identificación del riesgo se realizó la determinación de las causas con base en el contexto interno, externo y del proceso que puedan afectar el logro de los objetivos. Y finalmente se establecieron los controles a los riesgos establecidos por proceso.


El Hospital, cuenta con 18 procesos y una política para la administración de los riesgos; en él, se define la metodología para administrar los riesgos, según las orientaciones del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP y se establecen las acciones a realizar en el marco del seguimiento.

Cada líder de proceso con el acompañamiento de la Oficina de Planeación y Calidad realizó una revisión de la matriz del proceso, realizando la descripción del riesgo, sus causas, consecuencias, la evaluación inherente, la definición del control, la evaluación del conjunto de controles, el riesgo residual y posterior el seguimiento al riesgo en el año 2021.


La matriz identifica un total de 248 riesgos, distribuidos en los 18 procesos institucionales y 275 controles. De los cuales no se reportó la materialización de ellos por parte de los líderes de proceso en el año 2021.

En el marco del plan de acción anual 2021, se cuentan con 18 procesos, de los cuales todos cuentan con matrices de riesgos para el año 2022 así:

- ❖ Direccionamiento y gerencia
- ❖ Planificación del sistema integrado de gestión
- ❖ Comunicaciones

| | | | |
|--|---------------------------------------|---------|---------------|
|  <p>E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ</p> | Informe | Código | IF_01_PL |
| | Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

- ❖ Mercadeo de servicios de salud
- ❖ Gestión del talento humano
- ❖ Ingreso al servicio
- ❖ Atención en salud
 - Consulta externa
 - Cirugía
 - Hospitalización
 - Unidad de cuidados intensivos y especiales UCI-UCE
 - Urgencias
 - Vacunación
- ❖ Apoyo en la atención en salud
 - Diagnostico vascular
 - Imágenes diagnósticas Radiaciones Ionizantes y no ionizantes
 - Laboratorio y toma de muestras
 - Gestión pre-transfusional
 - Servicio farmacéutico
 - Terapias
 - Endoscopia (Consulta externa gastroenterología)
 - Transporte asistencial
- ❖ Gestión financiera
 - Contabilidad
 - Costos
 - Presupuesto
 - Facturación
 - Auditorías cuentas médicas
 - Cartera
 - Tesorería
 - Conciliación
 - Contabilidad
- ❖ Gestión ambiente fisico
- ❖ Gestión jurídica
- ❖ Gestión de compras
- ❖ Sistemas de información
 - Gobierno digital
 - Seguridad digital
 - Gestión documental
 - Gerencia de sistemas de información
- ❖ Atención al ciudadano
- ❖ Gestión de la tecnología
- ❖ Gestión docencia servicio

| | | | |
|---|---------------------------------------|---------|---------------|
|  | Informe | Código | IF_01_PL |
| | Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

- ❖ Evaluación desempeño institucional
- ❖ Mejora continua


Y con la identificación de riesgos para procesos adicionales según las directrices de la gerencia:

- ❖ Corrupción
- ❖ Sistema de administración del riesgo del lavado de activos y financiación del terrorismo-SARLAFT
- ❖ Operación FENIX
- ❖ Dávita
- ❖ Angiosur
- ❖ Hemogroup
- ❖ Planta de cargos

Es importante resaltar que cada matriz cuenta con un vínculo para el reporte de los riesgos materializados que a la fecha no se evidencia el diligenciamiento de esta por parte de los líderes de los procesos.

Es de aclarar que para este seguimiento no se revisaron los mapas de riesgo de Gestión financiera por no ser posible concertar una cita de revisión con el responsable y el de Sistemas de la Información que aún se encuentra inconcluso

Para el último seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se sigue observando que los diferentes líderes de procesos llevan sus controles según lo establecido, pero no consignan los seguimientos dentro de las matrices (Mapas de Riesgo), para lo cual se debe establecer una acción de mejora con el fin de tener un seguimiento más claro y verificar si los controles son efectivos.

| | | | |
|--|---------------------------------------|---------|---------------|
|  E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ | Informe | Código | IF_01_PL |
| | Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

2 OTROS RIESGOS

2.1 Riesgos de Corrupción

En la metodología de administración del riesgo, se contempla el riesgo de corrupción, por lo tanto, el estado del mapa de riesgos de corrupción de la entidad presenta el avance que es un componente del “Plan Anticorrupción.” Este Plan tiene el seguimiento de ley que es realizado por la Oficina de Control interno y publicado en la página web de la Entidad.

Desde la Oficina de Planeación y Calidad se realiza el seguimiento a los riesgos de corrupción y para esta vigencia se actualizó la matriz de identificación de riesgo de corrupción de acuerdo con las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública en la cual se incluyeron los riesgos para conflicto de intereses, en el último seguimiento actualizado con corte al 30 de septiembre de 2021, se observa que no se materializó ningún riesgo de corrupción y que los procesos están aplicando los controles establecidos.

Al momento de realizar el seguimiento y auditoría al avance de las actividades formuladas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano con corte a septiembre 30 del 2021, se ubica en un nivel de cumplimiento de 71%.

2.2 Riesgos previsibles

A fin de analizar las intenciones de relacionamiento contractual con entidades como DÁVITA, ANGIOSUR y HEMOGROUP e inclusive en proceso de cambio y reestructuración institucional como es la Operación Fénix y la planta de cargos, se hizo imperativo revisar los riesgos previsibles para la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí.


Los riesgos previsibles entendidos como todas aquellas circunstancias que, de presentarse durante el desarrollo y ejecución del contrato y/o reestructuraciones administrativas, tienen la potencialidad de alterar el equilibrio financiero del mismo, siempre que sean identificables y cuantificables en condiciones normales.

En este sentido, el análisis de los riesgos previsibles desarrollado por la Oficina de Planeación y Calidad busca que desde el inicio de los procesos de selección y del planteamiento del negocio y/o cambios, las partes expongan clara y lealmente sus posiciones, minimizando con ello, en la medida de lo posible, que se presenten futuras confrontaciones, conflictos o reclamaciones, producto del silencio o falta de nitidez en aspectos determinantes.

Es así como para cada proceso contractual o reestructuración significativa institucional se realiza el análisis por medio de la identificación, medición y valoración de los riesgos, los cuales quedan consolidados en su respectiva matriz de riesgos, allí se realiza la caracterización de los riesgos que puedan preverse en las diferentes etapas del proceso contractual o de modificación y la estimación consiste en valorar la probabilidad de ocurrencia y el nivel de impacto de los riesgos, así como los controles a fin de mitigar el impacto ocasionado por la materialización de los mismos.

2.3 SARLAFT: sistema de administración del riesgo del lavado de activos y financiación del terrorismo

En la Circular Externa 009 del 21 de abril de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, se define el procedimiento para desarrollar y divulgar las políticas, y etapas del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, el fin es prevenir que la E.S.E Hospital San Rafael

| | | | |
|---|---------------------------------------|---------|---------------|
|  | Informe | Código | IF_01_PL |
| | Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

de Itagüí sea utilizada para dar apariencia de legalidad a activos que provengan de actividades delictivas o que sea utilizada para ocultar la procedencia de recursos dirigidos a la realización de actividades terroristas.


Actividades desarrolladas durante el año 2021 con corte 30 de noviembre de 2021

- ❖ **Etapas del SARLAFT:** Frente al cumplimiento de las etapas se actualizó la matriz de riesgos en concordancia con las directrices de la guía de Administración del Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública, donde se plasmaron los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT), y por cada factor de riesgo (etapa de identificación), se calificó su nivel de riesgo de acuerdo con su probabilidad de ocurrencia e impacto (etapa de medición), se definieron también los controles para su mitigación (etapa de control) y se realiza el seguimiento a los mismos (etapa de monitoreo) de acuerdo con periodicidad acordada en la política de administración del riesgo de la entidad.
- ❖ **Elementos del SARLAFT:** La E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí actualizó la política para la administración de riesgo, y la política de SARLAFT. En ellas se trabajaron aspectos tales como, diseño y ejecución de las etapas, cumplimiento del manual por parte de todos los miembros de la organización, documentación y registros del SARLAFT, apoyo a la lucha contra el LA/FT, verificación en listas restrictivas, entre otras.

Se establecieron los procedimientos que deben tener las entidades vigiladas, se diseñaron los procedimientos y documentos anexos al manual SARLAFT, entre los cuales se incluyeron los siguientes:

- PR_01_DI Versión-1 2021/03/10, Atención a los requerimientos de entes de vigilancia y control en Sarlaft
- PR_02_DI Versión-1 2021/03/10, Monitoreo de operaciones y transacciones de clientes
- PR_03_DI Versión-1 2021/03/10, Detección de operaciones inusuales
- PR_04_DI Versión-1 2021/03/10, Detección de operaciones sospechosas
- PR_05_DI Versión-1 2021/03/10, Reporte de operaciones sospechosas
- PR_06_DI Versión-1 2021/03/10, Conocimiento del cliente actual y potencial
- PR_07_DI Versión-1 2021/03/10, Sanciones por incumplimiento de directrices normativas en sarlaft
- PR_08_DI Versión-1 2021/03/10, Consulta en listados vinculantes
- PR_09_DI Versión-1 2021/03/10, Conservación de documentos sarlaft
- PR_10_DI Versión-1 2021/03/10, Personas expuestas públicamente
- PR_11_DI Versión-1 2021/03/10, Sanciones financieras dirigidas
- PR_12_DI Versión-1 2021/03/10, Países de mayor riesgo
- MN_03_DI Versión-2 2021/03/10, Manual Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo sarlaft
- PR_05_PL Versión-1 2020/05/18, Administración del riesgo
- PO_19_DI Versión-02 2021/06/25, Operación para la administración del riesgo
- PO_46_DI Versión-01 2021/03/10, Política Lavado de activos y financiación del terrorismo sarlaft

- Procedimiento general informe autoridades 01
- Procedimiento de monitoreo y transacciones 02
- Procedimiento detección de operacionales inusuales 03
- procedimiento de detección de operaciones sospechosas 04
- procedimiento de reporte de operaciones sospechosas 05

| | | | |
|--|---------------------------------------|---------|---------------|
|  E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ | Informe | Código | IF_01_PL |
| | Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

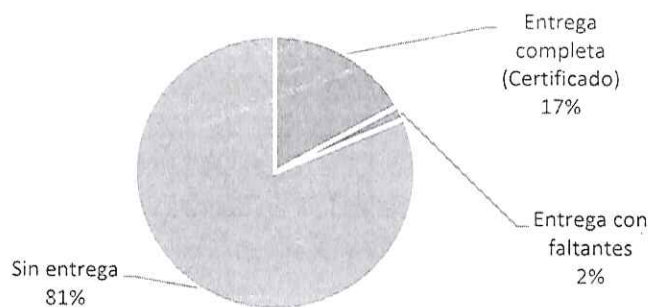
- Procedimiento de conocimiento del cliente 06
- Procedimiento sanciones 07
- Procedimiento lista vinculantes 08
- Conservacion de documentos sarlaft 09
- Procedimientos para personas públicamente expuestas 10
- Procedimiento Sanciones financieras dirigidas 11
- Procedimiento de Países de mayor riesgo12

❖ **Mecanismos del SARLAFT:** Para la implementación de los mecanismos se avanzó significativamente en el conocimiento del cliente donde se actualizó el formato (Ficha conocimiento SARLAFT) en el que se realiza el conocimiento de sus clientes, proveedores, empleados y contratistas, se comenzó con la verificación de la información allí consignada, adicionalmente se realiza las consultas de los clientes en las listas restrictivas y de esta manera se emite el certificado de vinculación por parte del oficial de cumplimiento y/o el oficial de cumplimiento suplente.

Frente al avance de conocimiento de cliente global se puede observar que, en la vigencia de 2021 con corte a septiembre 30, el 81% de los clientes y/o proveedores de la institución no entregaron el formulario de conocimiento de cliente, el 17% entregó de manera completa y a su vez se emitieron los certificados, el 2% de ellos entregó con algún faltante de información o de soporte por lo tanto no se emitió la certificación.


Gráfico 1. Avance conocimiento de cliente vigencia 2021.

Avance conocimiento de cliente HSRI 2021



Fuente: Informe anual oficial de cumplimiento. Vigencia 2021.

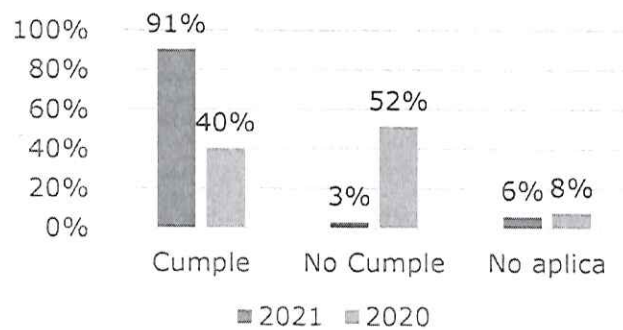
❖ **Órganos de control del SARLAFT:** La revisoría fiscal tiene definidas sus funciones y requisitos en el manual del SARLAFT. Con respecto a las funciones de la auditoría interna, estas se encuentran definidas en el manual. Desde la oficina de control interno no se desarrolló para la vigencia 2021 auditoría para el

| | | | |
|---|---------------------------------------|---------|---------------|
|  | Informe | Código | IF_01_PL |
| | Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

sistema de administración de riesgo de lavado activos y financiación del terrorismo toda vez que el ajuste e implementación del nuevo sistema ocurrió en la mencionada vigencia.

Por otro lado, se han recibido dos auditorías frente a la implementación del SARLAFT por parte de la empresa Rusell Bedford actualmente firma de revisoría fiscal en la entidad, las cuales han sido respondidas de manera oportuna. Al comparar la evaluación del SARLAFT del año en curso versus la efectuada en 2020, se evidencia mayor cumplimiento de las disposiciones de la Circular 009 de 2016, como se detalla en el siguiente gráfico:

Gráfico 2. Comparativo evaluación SARLAFT 2020-2021



Fuente: Informe anual de revisoría fiscal por Rusell Bedford. Vigencia 2021.

- ❖ **Infraestructura Tecnológica para SARLAFT:** LA E:S:E Hospital San Rafael de Itagüí adquirió el software "BURO" que soporta la infraestructura tecnológica que permite realizar las consultas en las listas restrictivas.
- ❖ **Capacitación en SARLAFT:** En cuanto a la capacitación para los clientes internos para la vigencia 2021 se desarrolló por medio de la plataforma virtual COLMENA con un total de 625 inscritos, iniciando el 07 de octubre y finalizando el día 18 de octubre. El día 20 de octubre se procedió a verificar los resultados de los participantes se obtuvo 25% de realizado y aprobados, y un 75% no realizados como se puede evidenciar en el Gráfico 2. Participación de capacitación en SARLAFT 2021.


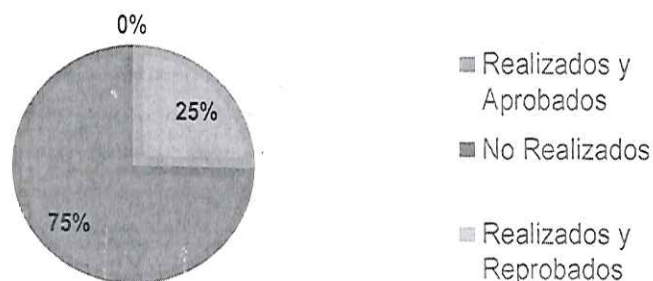
| | | | |
|---|---------------------------------------|---------|---------------|
|  E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ | Informe | Código | IF_01_PL |
| | Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | | Fecha | Julio de 2021 |

Gráfico 3. Participación de capacitación en SARLAFT 2021.

Participación de capacitación en SARLAFT 2021



Fuente: Informe anual oficial de cumplimiento. Vigencia 2021.

Si bien solo el 25% del cliente interno aprobó la capacitación en SARLAFT es importante resaltar que desde el área de talento humano se envía notificación de inicio de la capacitación a todos los clientes internos matriculados, así mismo se notifica al líder de cada proceso sobre las fechas durante las cuales se encuentra disponible la capacitación.

3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ❖ Se destaca el apoyo y seguimiento de la Alta Dirección a la Política de Administración del Riesgo, proporcionando los lineamientos y recursos necesarios para el monitoreo y control permanente de los riesgos.
- ❖ Se resalta el avance, compromiso y disposición por parte de los líderes de los procesos, para la construcción de las matrices de riesgos, se finalizó el año 2021 con un total de 248 riesgos identificados.
- ❖ Es importante realizar seguimiento a los riesgos operativos debido a que son el tipo de riesgo más identificado en todas las matrices de los procesos, considerando que comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la estructura de la entidad y de la comunicación o articulación entre procesos.
- ❖ Se realiza seguimiento por parte de la Oficina de Planeación y Calidad a los mapas de riesgos, se revisa que los mapas de riesgo estén actualizados, se verifica conocimiento de las matrices de riesgos de los líderes en el proceso, también se realizan alertas y recomendaciones con el fin de prevenir materialización de los riesgos.
- ❖ Es indispensable que la Oficina de Planeación y Calidad continúe guiando y asesorando a los líderes de los procesos para el seguimiento al mapa de riesgos de la entidad a fin de tomar las respectivas acciones ante la materialización de cualquier riesgo.
- ❖ Se recomienda que se implemente en el hospital reuniones de cada equipo de trabajo, si bien algunas áreas lo realizan, es importante generar esta cultura para que en equipo se gestionen los riesgos y se tenga una asertiva comunicación que beneficie el buen funcionamiento del Hospital y que redunde en la buena atención a los usuarios.



| | | |
|---------------------------------------|---------|---------------|
| Informe | Código | IF_01_PL |
| Informe seguimiento a Mapas de Riesgo | Versión | 2 |
| | Fecha | Julio de 2021 |

- ❖ Se recomienda realizar nuevamente capacitaciones a todos los integrantes del Hospital para dar a conocer temas de ley como Plan Anticorrupción, gestión de riesgos y SARLAFT.
- ❖ Se recomienda crear y socializar un formato para el reporte de posibles actos de corrupción, con el fin de poder consolidar y realizar la respectiva notificación por el líder del proceso a las instancias pertinentes.
- ❖ Se recomienda a los líderes de proceso realizar una adecuado y oportuno reporte de los riesgos materializados, toda vez que esta información permite una optimización en la gestión del riesgo institucional.
- ❖ Se recomienda establecer una metodología para conocer la fuente de los riesgos materializados a fin de crear una la cultura del análisis


JAIRO ANTONIO HIGUITA SANTA
 Jefe Oficina de Control Interno

| | | |
|--|---|--|
|  |  |  |
| Elaboró Luisa Fernanda Rúa Vásquez Profesional de Planeación y Calidad Planeación y Calidad | Revisó Jony Sneider Rojas Chavarria Jefe de Oficina Asesora de Planeación y Calidad Planeación y Calidad | Revisó Lina María Rincon Cifuentes Profesional apoyo de Control Interno Control Interno |
| Fecha: diciembre 2021 | Fecha: diciembre 2021 | Fecha: diciembre 2021 |