



Red de Salud del Centro E.S.E.

“Por una salud más cercana, con excelencia y amor”

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Calle 13 B/ Villacolombia, Distrito Especial de Santiago de Cali – Valle - PBX: (+57 602) 3120000
www.saludcentro.gov.co

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

**INFORME DE AUDITORIA A LA GESTION DE RIESGOS EN LA ENTIDAD
101.7.1.4.26**

Dra. NATALI MOSQUER NARVAEZ
Gerente

SANDRA LILIANA ESCOBAR SOLANO
Asesora De Control Interno

Santiago de Cali, Agosto 14 2026

1. INTRODUCCIÓN

La gestión integral del riesgo constituye un pilar estratégico para fortalecer la gobernanza institucional, la toma de decisiones informada y la continuidad operativa de la entidad. En cumplimiento del marco normativo vigente, fundamentado en los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Sistema de Control Interno (MECI), los estándares de Acreditación en Salud y las directrices emitidas por el DAFP y la Supersalud, este ejercicio de auditoría tiene como objetivo evaluar la eficacia del Sistema de Gestión del Riesgo. Para ello, se verificará el cumplimiento de los lineamientos institucionales por parte de la segunda línea de defensa y la adecuada administración de los riesgos a cargo de los líderes de proceso. El desarrollo del ejercicio adoptará un enfoque basado en riesgos y en el Modelo de las Tres Líneas, aplicando técnicas de auditoría que incluyen la revisión documental, el análisis de los registros en la plataforma ALMERA, la verificación de evidencias y la evaluación del diseño y ejecución de los controles, así como del seguimiento realizado por Planeación Institucional y Calidad. Esta evaluación metodológica se concentrará en una muestra representativa conformada por los procesos de Gestión Jurídica Contractual, Gestión del Ambiente Físico y Gestión Financiera

2. OBJETIVO

Evaluar la eficacia del Sistema de Gestión del Riesgo, verificando el cumplimiento de los lineamientos institucionales por parte de la segunda línea de defensa y la adecuada administración de los riesgos por los responsables de los procesos.

3. METODOLOGIA

La auditoría se desarrollará mediante un enfoque basado en riesgos y en el Modelo de las Tres Líneas, aplicando técnicas de auditoría como revisión documental, análisis de la información registrada en la plataforma ALMERA, verificación de evidencias, validación del diseño y ejecución de los controles, análisis de la gestión realizada por la segunda línea de defensa y, cuando se requiera, entrevistas o solicitud de aclaraciones a los responsables del proceso. La evaluación se efectuará sobre una muestra de los procesos de Gestión Jurídica Contractual, Gestión del Ambiente Físico y Gestión Financiera, con el fin de determinar la eficacia de la administración de los riesgos y la efectividad del seguimiento realizado por Planeación Institucional y Calidad.

4. CRITERIOS DE AUDITORÍA

La evaluación se realizará considerando, entre otros, los siguientes criterios:

- Cumplimiento de la Política Institucional de Administración del Riesgo.
- Aplicación de la metodología institucional para la identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos.
- Adecuado diseño, documentación y ejecución de los controles.
- Actualización y gestión de la información de riesgos en la plataforma ALMERA.
- Oportunidad y efectividad del seguimiento efectuado por Planeación Institucional y Calidad.
- Implementación de acciones frente a cambios en el contexto o a la materialización de riesgos.

5. NORMATIVIDAD APLICABLE

La auditoría se desarrollará teniendo como referencia la siguiente normatividad y documentos técnicos:

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Decreto 648 de 2017, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015.
- Decreto 1499 de 2017, por el cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Decreto 1083 de 2015 – Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública.
- Modelo Estándar de Control Interno – MECI, adoptado mediante el MIPG.
- Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Departamento Administrativo de la Función Pública (versión vigente)
- Política Institucional de Administración del Riesgo DES-PO-001 vigente dispuesta en el Almera.

6. PERIODO Y ALCANCE

- Periodo: La auditoría se desarrollará entre el 27 de julio y 06 de agosto de 2026, de acuerdo con el cronograma establecido.
- Alcance: Mapa de riesgos 2026

7. CONTEXTO

Al realizar el análisis de coherencia entre el diagnóstico del contexto estratégico del Sistema de Gestión Integral (SGI) y el mapa de riesgos objeto de seguimiento, la Oficina de Control Interno concluye que existe una correlación causal directa e interdependiente. Los riesgos identificados y evaluados en los procesos Gestión del ambiente Físico, Gestión Financiera y Gestión Jurídica y Contractual, no constituyen eventos aislados, sino que corresponden a la manifestación operativa de las debilidades estructurales e institucionales de la entidad.

- **Dimensión de Ambiente Físico e Infraestructura:** Los riesgos de deterioro de las condiciones de trabajo, seguridad industrial, mantenimiento de equipos asistenciales y gestión de infraestructura física encuentran su causa en la heterogeneidad operativa entre las 16 IPS de la red, así como en las brechas evidenciadas en el ambiente físico en las evaluaciones institucionales. Esta condición se denota por la alta dependencia de terceros para el desarrollo de servicios críticos de soporte (aseo, desinfección, lavandería, mantenimiento biomédico y manejo de residuos hospitalarios), donde las desviaciones operativas del contratista impactan la continuidad del servicio.
- **Dimensión Financiera y de Gestión Presupuestal:** Los riesgos asociados a la sostenibilidad financiera, el flujo de caja y la protección del patrimonio se encuentran directamente relacionados con la debilidad en el ciclo de recaudo y las dinámicas de relación con las EAPB/EPS. Específicamente, esta vulnerabilidad responde a la complejidad en el seguimiento técnico y conciliación oportuna de glosas, la exigencia de una facturación y radicación en tiempos normativos, y el riesgo de liquidez derivado de la cartera morosa del sector. Estos factores exigen controles estrictos desde el proceso de facturación y auditoría médica para evitar el deterioro presupuestal.

- **Dimensión Jurídica, Normativa y de Cumplimiento:** La exposición a riesgos por reclamaciones, sancionatorios o contingencias legales responde a la inestabilidad en las modalidades de vinculación del talento humano, la complejidad en la supervisión de contratos de gran escala y la exigencia de cumplimiento frente a los entes de control y el marco normativo aplicable a las E.S.E. y los estándares de Acreditación y Habilitación.

La trazabilidad entre el análisis DOFA del contexto y la tipificación de estos riesgos demuestra que el mapa de riesgos de la Red de Salud del Centro E.S.E. refleja de manera objetiva la realidad organizacional.

8. HALLAZGOS HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE AUDITORÍA

Corresponde al detalle de las situaciones, desviaciones e inconsistencias evidenciadas durante el proceso de seguimiento

8.1 Gobierno de la Gestión de Riesgo (segunda línea de defensa)

Aspecto para evaluar	Cumple	Evidencia	Observaciones	Recomendación:
Existe Política de Administración del Riesgo vigente	Si	Resolución N.º 297 de 2025. Documento formal de la Política de Administración de Riesgos.	Documento aprobado y vigente que articula los lineamientos institucionales con MIPG, MECI, Acreditación en Salud y guías del DAFP y Supersalud.	No aplica
Se encuentran definidos roles y responsabilidades	Si	Política de Administración de Riesgos (Numerales 5 y 8).	Define claramente el compromiso de la alta dirección, las responsabilidades de las líneas de defensa y el procedimiento/ruta estructurada para la identificación, formulación y actualización de riesgos	No aplica
Contexto y del contexto	Si	Documento Contexto Institucional SGI 2026	La entidad cuenta con el documento "Contexto Institucional SGI 2026"	El contexto consolida de forma multidisciplinaria y vigente el diagnóstico del entorno interno, partes interesadas y matrices DOFA. Dicho análisis articula de manera

Aspecto para evaluar	Cumple	Evidencia	Observaciones	Recomendación:
				transversal los lineamientos de MIPG, SOGCS (PAMEC) y las normas ISO 9001, ISO 14001 e ISO 45001, sirviendo como insumo técnico para la gestión de riesgos y oportunidades de la organización.
Se realizan capacitaciones a los procesos	Si	Registros de asistencia, actas y material de apoyo de jornadas de capacitación institucionales.	La segunda línea de defensa realiza jornadas de difusión y formación continua a los líderes y equipos de los procesos sobre la metodología de administración del riesgo.	No aplica
Revisión y retroalimentación al seguimiento trimestral por parte de los procesos	Parcial	No se evidencia en el almera recomendación o notas de retroalimentación	Al revisar el monitoreo a los mapas de riesgos en la plataforma ALMERA, se evidencia que los diferentes procesos están reportando las evidencias de cumplimiento de sus controles conforme a los lineamientos de la Política de Administración de Riesgos. Sin embargo, no se visibiliza una evaluación, retroalimentación o pronunciamiento formal por parte de la segunda línea de defensa que permita validar si las evidencias aportadas son suficientes o si la ejecución del	Por lo tanto, se recomienda que la segunda línea de defensa emita un lineamiento oficial que establezca plazos y fechas de corte formales para la consolidación de la información, lo cual facilitará el seguimiento institucional, organizará los tiempos de reporte y permitirá garantizar la trazabilidad de la evaluación técnica sobre las evidencias entregadas por cada proceso.

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia. Distrito Especial de Santiago de Cali – Valle - PBX: (+57 602) 3120930

E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

Aspecto para evaluar	Cumple	Evidencia	Observaciones	Recomendación:
			control es la adecuada. Sumado a esto, no se identifican fechas o periodos de corte específicos para el cargue de estos reportes en el sistema.	
Se presentan informes a la Alta Dirección	No	No se evidenciaron informes para la vigencia 2026	Ausencia de reportes consolidados o actas de presentación periódica del estado del riesgo ante la Alta Dirección/Comité de Control Interno.	Se requiere formalizar la consolidación y presentación periódica de los informes de seguimiento a la gestión del riesgo ante la Gerencia y la Alta Dirección para la toma de decisiones informada.

Incumplimientos / No Conformidades: SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA: Planeación Institucional

- ***Ausencia de Reportes a la Alta Dirección (MIPG / MECI):***

Hallazgo: Omisión en la presentación periódica de informes consolidados sobre el estado del riesgo ante la Gerencia y el Comité de Control Interno durante la vigencia 2026.

- ***Deficiencia en el Monitoreo Cualitativo y Cierre de Ciclo en ALMERA:***

Hallazgo: Falta de retroalimentación técnica, evaluación formal y fijación de fechas de corte oficiales para validar la suficiencia de las evidencias cargadas por los procesos en la plataforma ALMERA.

8.2 Evaluación de la Administración de Riesgos de los Procesos

Con el propósito de evaluar la eficacia de la administración de los riesgos institucionales, se realizará el seguimiento a una muestra de tres procesos de la entidad: Gestión Jurídica Contractual, Gestión del Ambiente Físico y Gestión Financiera. La evaluación se efectuará a partir de la información registrada en la plataforma ALMERA, verificando la adecuada identificación, análisis, valoración, monitoreo, así como la pertinencia, diseño y ejecución de los controles implementados por la primera línea de defensa.

Anexo Herramienta: Matriz de Excel.

Proceso: Gestión de Ambiente Físico

Aspectos que Cumple (Conformidades)

- Cumplimiento en Mantenimiento Hospitalario (A-GAF.R.008): Avance del 95% en las actividades programadas de mantenimiento preventivo para infraestructura y equipos durante el primer semestre de 2026, respaldado con diagnósticos de necesidades y gestión de adiciones presupuestales para mantenimientos especializados.
- Formalización de Protocolos Sanitarios (A-GAF.R.011): Actualización y formalización del Protocolo Institucional de Limpieza y Desinfección con acompañamiento del área de Calidad, ejecutando capacitaciones dirigidas al personal operativo de áreas críticas.
- Ausencia de Pérdidas de Activos (A-GAF.R.001): Sin registro de pérdidas o sustracciones de activos fijos durante el periodo evaluado, manteniendo vigentes las pólizas de aseguramiento institucional.
- Mantenimiento Preventivo Biomédico (A-GAF.R.009): Oportunidad en la ejecución del mantenimiento preventivo biomédico del primer trimestre.

Incumplimientos / No Conformidades

Ausencia de Reporte y Evidencias Ambientales en la Plataforma ALMERA (A-GAF.R.010)

- **Criterio / Control:** La Política de Administración de Riesgos exige el registro y reporte periódico de evidencias de los controles en el software ALMERA.
- **Incumplimiento:** Los controles asociados al Plan de Gestión Ambiental (PGA) no registraron ejecución ni evidencias en la plataforma ALMERA para el periodo evaluado, imposibilitando su evaluación.
- **Acción Correctiva:** Cargar y registrar de manera obligatoria en ALMERA los soportes de ejecución de los controles ambientales.

Falta de Medición de Adherencia al Protocolo Sanitarios (A-GAF.R.011)

- **Criterio / Control:** La ejecución de capacitaciones debe complementarse con la verificación de la adherencia del personal al protocolo instituido.
- **Incumplimiento:** No se aportaron listas de chequeo, rondas de bioseguridad ni evaluaciones de conocimiento que acrediten la verificación del nivel de comprensión y adherencia del personal operativo al protocolo de desinfección.
- **Acción Correctiva:** Diseñar e integrar al expediente del control las listas de chequeo de adherencia y reportes de rondas de bioseguridad.

Soportes incompletos en la Evidencia de Inventarios y Conciliación de Activos Fijos (A-GAF.R.001)

- **Criterio / Control:** El control establece que se debe realizar el inventario físico y compararlo frente a los registros del sistema institucional, notificando novedades a la Subgerencia Administrativa y Financiera.
- **Incumplimiento:** La evidencia aportada sobre el avance del inventario físico no incluyó la matriz de comparación o conciliación frente al sistema de información ni las notificaciones de inconsistencias detectadas.

- **Acción Correctiva:** Adjuntar el acta de conciliación y cruce de datos entre el inventario físico y la base de datos institucional.

Oportunidades de Mejora (Recomendaciones para Fortalecer la Efectividad del Control)

Rediseño del Enfoque del Riesgo de Activos Fijos (A-GAF.R.001)

- **Hallazgo:** Predominan los controles detectivos y correctivos (inventarios posteriores y pólizas), los cuales actúan una vez presentado el evento.
- **Oportunidad de Mejora:** Fortalecer el mapa de riesgos incluyendo controles de tipo preventivo (ej. controles de acceso, marcación física y protocolos de custodia de activos).

Oportunidad en la Ejecución de Calibraciones Metrológicas (A-GAF.R.009)

- **Hallazgo:** El mantenimiento preventivo biomédico se ejecutó en el primer trimestre, pero las calibraciones metrológicas se reprogramaron para el segundo semestre, operando el control de forma parcial en el corte de la evaluación.
- **Oportunidad de Mejora:** Ajustar la planificación contractual para articular en un solo ciclo el mantenimiento preventivo y las calibraciones metrológicas.

Proceso Gestión Financiera

Aspectos que Cumple (Conformidades)

- **Saneamiento y Depuración de Cartera (A-GFI.R.003):** Gestión de depuración por \$14.875.579.714 con 24 EPS en el trimestre abril-junio de 2026 y seguimiento a giros directos recaudados por \$18.028.610.418 contrarrestados con las certificaciones de las EAPB.
- **Automatización con OSIGU (A-GFI.R.001):** La implementación de la plataforma OSIGU automatizó la lista de chequeo y bloquea solicitudes con soportes faltantes antes de su envío a pagadores. La presencia de alertas preventivas y el bloqueo automático de expedientes incompletos antes de su radicación garantizan que ninguna cuenta sea enviada sin la totalidad de los requisitos normativos vigentes. Esto elimina la discrecionalidad manual y reduce significativamente el riesgo de glosas, devoluciones o retrasos en el recaudo.
- **Validación Previa Tributaria (A-GFI.R.002):** Coordinación y revisión previa con Revisoría Fiscal antes de la radicación de obligaciones fiscales.
- **Rendición Oportuna de Cuentas (A-GFI.R.004):** Cumplimiento en los plazos de reporte a la Supersalud, CHIP y Contaduría General de la Nación (CGN).

Incumplimientos / No Conformidades: Para el proceso de Gestión Financiera no se estructuraron hallazgos de incumplimiento normativo estricto o ausencia total de soporte que configuren No Conformidad.

Gestión Jurídica y Contractual

Aspectos que Cumple (Conformidades)

- **Estructuración y Defensa Judicial (A-GJC.R.002):** Seguimiento mensual ordenado de procesos activos y tutelas mediante matrices parametrizadas, respaldado por las actas del Comité de Conciliación, Custodia y Gestión Documental Integrada
- **(A-GJC.R.004):** Aplicación de inventario documental 2026, foliación, Tablas de Retención Documental (TRD) y restricción parametrizada de perfiles de usuario.
- **Estandarización Precontractual (A-GJC.R.003):** Correcta aplicación de listas de chequeo (GJC-F-006 y GJC-F-013), vistos buenos en estudios previos e informes de evaluación del comité evaluador previo a la publicación en SECOP II.

Incumplimientos / No Conformidades

Incompletitud en la Formalización y Firmas de la Evidencia del Control (A-GJC.R.001 y A-GJC.R.004)

- **Criterio / Control:** El control exige la validación firmada del Líder de proceso en las verificaciones de SECOP II/SIA OBSERVA y la suscripción de actas de compromiso de confidencialidad por el personal capacitado.
- **Incumplimiento:** Las matrices mensuales de verificación de publicaciones carecen de la firma o visto bueno del Líder del proceso. En la capacitación sobre custodia documental no se adjuntaron las actas de compromiso de confidencialidad firmadas.
- **Acción Correctiva:** Instituir la firma digital o física obligatoria del Líder de proceso en las matrices mensuales de SECOP II y cargar las actas de confidencialidad suscritas por cada colaborador.

Falta de Soportes Consolidados del Muestreo Contractual Auditado (A-GJC.R.003)

- **Criterio / Control:** El control estipula la consolidación e integración de los informes de supervisión jurídica resultantes de las auditorías aleatorias al universo contractual (30%).
- **Incumplimiento:** Se reportó la realización de auditorías sobre 37 carpetas contractuales, pero no se cargaron en ALMERA los informes consolidados de supervisión jurídica ni el tablero de seguimiento a compromisos de subsanación.
- **Acción Correctiva:** Anexar en ALMERA el informe consolidado del muestreo realizado y el tablero de control de subsanaciones contractuales.

Soporte documental incompleto en las Sesiones del Comité de Conciliación (A-GJC.R.002)

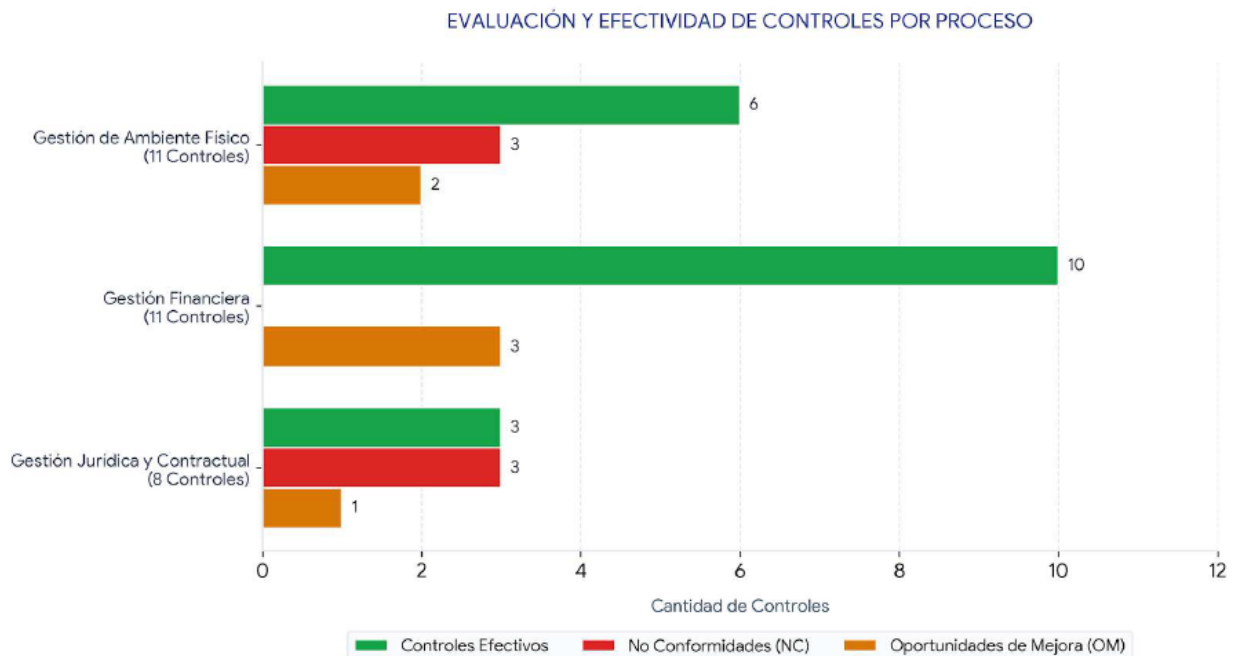
- **Criterio / Control:** La descripción del control exige explícitamente que las actas del Comité de Conciliación deben estar respaldadas por sus respectivas fichas técnicas individuales de análisis de caso.
- **Incumplimiento:** Se aportaron únicamente las actas de sesión del comité, omitiendo las fichas técnicas individuales requeridas en la formulación del control.

- **Acción Correctiva:** Adjuntar las fichas técnicas individuales de cada proceso analizado en las sesiones del comité.

Oportunidades de Mejora (Recomendaciones para Fortalecer la Efectividad del Control)

Trazabilidad en el Registro de Permisos de Plataformas Oficiales (A-GJC.R.001)

- **Hallazgo:** La capacitación sobre el uso de SECOP II y SIA OBSERVA se realizó con el apoyo de la Contraloría Municipal, garantizando el rigor técnico; sin embargo, no se evidenció el soporte documental de la asignación formal de roles y permisos.
- **Oportunidad de Mejora:** Adjuntar los reportes o solicitudes de usuarios activos y perfiles creados en las plataformas oficiales como complemento de evidencia del control.



9. CONCLUSIÓN

La evaluación efectuada evidencia que la Red de Salud del Centro E.S.E. cuenta con un marco normativo y metodológico sólido para la administración del riesgo; sin embargo, el sistema requiere fortalecer sus fases de formalización documental y monitoreo técnico. Para alcanzar la madurez deseada en el Sistema de Control Interno, resulta importante transitar de un cumplimiento de reporte a una revisión activa. Para ello, se recomienda que la Segunda Línea de Defensa realice una validación a través de retroalimentaciones formales y la presentación periódica de informes ejecutivos al Nivel Directivo, facilitando así una oportuna toma de decisiones. De manera complementaria, los líderes de proceso (Primera Línea) deben asegurar un autocontrol efectivo que garantice la exhaustividad, validación e integridad de las evidencias de los controles cargadas en la plataforma ALMERA, asegurando que los soportes demuestren de forma real la mitigación de los riesgos institucionales.

En el marco del mejoramiento continuo institucional, se invita a realizar la revisión y análisis de los resultados presentados en el presente informe de auditoría, con el fin de formular y suscribir el correspondiente plan de mejoramiento en la plataforma Almera, orientado a subsanar los hallazgos identificados.

Dicho plan deberá ser diligenciado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción del presente informe.

10. ASPECTOS PARA CONSIDERAR: Recomendaciones y Orientaciones Generales a la gerencia y procesos según la Ocurrencia de Afectaciones por Emergencia Sísmica

A raíz del evento sísmico registrado el 10 de agosto de la presente vigencia, con impacto en el municipio de Santiago de Cali, la Oficina de Control Interno, en su rol asesor, invita a los líderes de proceso a realizar una valoración del impacto en la entidad para ajustar el análisis de contexto institucional. La aplicación de estas orientaciones debe graduarse según la presencia efectiva de daños o afectaciones. Si se confirmaron afectaciones en la infraestructura, equipos o prestación del servicio, es indispensable activar los mecanismos de respuesta contingente y posterior actualizar las matrices en ALMERA.

Si no existieron daños significativos, la recomendación se limita a documentar las inspecciones preventivas que soporten la continuidad de la operación.

Orientaciones:

- **Evaluación de Infraestructura:** En caso de haberse presentado grietas, desplazamientos o fisuras, realizar e incluir de forma prioritaria los conceptos técnicos de seguridad estructural de no registrarse daños visibles, bastará con dejar constancia en el acta de inspección preventiva realizada en la sede administrativa y demás IPS.
- **Revisiones de Equipos e Instalaciones:** Si se detectaron fallas o suspensiones en el servicio por causa del sismo, coordinar la revisión técnica de equipos biomédicos y de cómputo con los proveedores de mantenimiento. En caso contrario, validar el funcionamiento normal dentro de las rutinas de mantenimiento preventivo.
- **Trazabilidad de Activos:** En el evento de requerirse bajas, reparaciones de emergencia o traslado de activos dañados, diligenciar las fichas de inspección y soporte técnico correspondiente. Si no hubo afectación en el activo fijo, no se requerirán movimientos extraordinarios.
- **Verificación del Uso de la Urgencia Manifiesta:** Únicamente si la magnitud de las afectaciones exige contrataciones inmediatas e impostergables, proceder con la declaratoria o uso de la urgencia manifiesta, asegurando que el acto administrativo (decreto/resolución) demuestre la relación directa causa-efecto con el sismo.
- **Sustentación de la Necesidad:** Si se requiere contratar de emergencia, dejar plenamente documentada la memoria técnica y la justificación de la necesidad, evaluando la idoneidad del contratista incluso bajo esquemas de contratación expedita.
- **Manejo Presupuestal:** En caso de ejecutar recursos para reparaciones, compra de insumos o alquileres extraordinarios por el sismo, habilitar un rubro específico para diferenciar el gasto de la contingencia del presupuesto ordinario.

- **Gestión de Asegurabilidad:** Si se materializaron pérdidas o averías en bienes e infraestructura, iniciar la consolidación de daños y la reclamación formal ante la aseguradora. Si los bienes no sufrieron, consolidar el reporte sin novedades para la compañía de seguros.
- **Información sobre la Emergencia, Vocería y Actualización Continua:** Si se presentaron alteraciones en la prestación de servicios, cierres temporales de sedes o contingencias asistenciales, emitir comunicados oficiales hacia la ciudadanía, usuarios y entes territoriales a través de un vocero institucional único. Resulta fundamental mantener informada a la comunidad de manera constante a lo largo del tiempo, actualizando periódicamente el estado de las sedes y servicios en la página web institucional, redes sociales y canales oficiales para evitar desinformación. Si la operación se mantiene al 100%, difundir y publicar preventivamente un parte de tranquilidad que ratifique la normalidad en la atención
- **Mesas de Trabajo Institucionales:** En caso de haber registrado afectaciones que comprometan la operación, se recomienda a la Gerencia y a las Subgerencias articular reuniones de trabajo para priorizar recursos. Si de estas revisiones surge la necesidad de realizar contrataciones o intervenir infraestructura, dicha necesidad deberá quedar debidamente justificada mediante memoria técnica, estudios previos y solicitudes formales del área correspondiente para asegurar la trazabilidad del proceso contractual.

Si la evaluación inicial confirma la normalidad absoluta en la red y no se requiere contratar bienes o servicios adicionales, la contingencia se dará por superada a través del reporte de las inspecciones preventivas emitido por el área técnica competente, sin requerir trámites administrativos ni aperturas de expedientes adicionales

Finalmente, la Oficina Asesora de Control Interno concluye esta auditoría tras verificar la gestión de los riesgos institucionales. Por otro lado, en su rol asesor, se entregan orientaciones a considerar en el marco del evento sísmico y frente a la declaratoria de urgencia manifiesta, con el propósito de garantizar la trazabilidad de las actuaciones, el buen uso de los recursos y la continuidad en la operación de la red.

Cordialmente,



Sandra Liliana Escobar Solano
Asesora de Control Interno.

Anexo: Matriz de seguimiento de los riesgos en Excel