RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E

Informe de Evaluación sobre la Efectividad del Sistema Integrado De Gestión De Riesgos (SIGR) – Sistema De Administración Del Riesgo De Lavado De Activos Y Financiación Del Terrorismo (SARLAFT) – Sistema De Corrupción Opacidad Y Fraude (SICOF) – Programa De Transparencia Y Ética Empresarial (PTEE)

101.7.1.4.30

Dra. NATALI MOSQUERA NARVAEZ
Gerente

SANDRA LILIANA ESCOBAR SOLANO
Asesora de Control Interno

Santiago de Cali, 29 de septiembre de 2026

1. INTRODUCCIÓN:

La función de la Oficina de Control Interno se fundamenta en la Ley 87 de 1993, estableciendo el rol de evaluación y seguimiento independiente y objetivo del Sistema de Control Interno. Este ejercicio de aseguramiento y consultoría está diseñado para agregar valor y mejorar las operaciones de la Red de Salud del Centro E.S.E., contribuyendo al cumplimiento de sus objetivos estratégicos mediante un enfoque disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de la gestión de riesgos, el control y el direccionamiento

La Superintendencia de Salud ha emitido diferentes Circulares Externas (000009-20211700000004-5, 20211700000005-5 DE 2021 y 2022151000000053-5) en las cuales imparte instrucciones de obligatoria observancia por parte de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS pertenecientes al grupo C1), relativas al Sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas, Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo (SARLAFT), Sistema de Corrupción Opacidad y Fraude (SICOF), y Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).

La implementación del sistema integrado de gestión del riesgo, así como los subsistemas le permite a la E.S.E Centro identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear eficazmente como mínimo los riesgos prioritarios a los que se expone en desarrollo de sus operaciones, para mejorar los resultados en salud de la población, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad financiera del sistema, evitar el lavado de activos, la financiación del terrorismo, la corrupción y el fraude.

2. OBJETIVO:

Evaluar de manera independiente e integral el nivel de implementación, cumplimiento normativo, operación y efectividad de los subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos: SARLAFT (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo), SICOF (Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude) y PTEE (Programa de Transparencia y Ética Empresarial / Pública) en la Red de Salud del Centro E.S.E., así como verificar el estado de avance y cierre de las brechas identificadas en la vigencia 2025.

3. ALCANCE:

El seguimiento abarcó las actuaciones realizadas durante la vigencia 2026 (con corte a septiembre), evaluando:

- El marco de Gobierno Transversal (Junta Directiva, Oficial de Cumplimiento y Tercera Línea).
- La cobertura, formulación, medición y mitigación de riesgos en los mapas de procesos institucionales.

- La ejecución operativa y evidencia de controles registrados en la plataforma Almera.
- El análisis de debida diligencia (listas restrictivas, inhabilidades, pacto de transparencia y gestión de Personas Expuestas Políticamente - PEP).
- La atención e investigación de denuncias y Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) ante la UIAF.
- La aprobación, adopción del PTEE (Acuerdo No. 1.02.131.2026 de agosto de 2026) y el Plan de Acción de la vigencia.

4. MARCO NORMATIVO

La evaluación se fundamentó en las siguientes disposiciones legales y reglamentarias aplicables a las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.):

- Superintendencia Nacional de Salud: Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 (Instrucciones para la gestión de riesgos de LA/FT/FPADM, Corrupción, Opacidad, Fraude y PTEE).
- Ley 2195 de 2022: Por la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción.
- Decreto 830 de 2021: Reglamentación en materia de Personas Expuestas Políticamente (PEP).
- Ley 1712 de 2014: Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) / MECI: Dimensión Seguimiento, Evaluación y Control Integral y Gestión del Riesgo DAFP.
- Normativa Interna E.S.E.: Manual SARLAFT (Acuerdo No. 1.02.050.2023), PTEE V2 (Acuerdo No. 1.02.131.2026 del 25 de agosto de 2026), Protocolo de Denuncias GJC-PT-001 y Código de Conducta y Buen Gobierno Corporativo.

5. METODOLOGÍA Y RESULTADOS GENERALES DE CUMPLIMIENTO

Criterios de Calificación

El modelo de auditoría aplicó la siguiente escala estandarizada sobre un total de 50 requisitos evaluados:

- Cumple (C): Requisito totalmente implementado y respaldado con evidencia verificable.
- Cumple Parcialmente (CP): Existe avance o implementación, pero la evidencia es incompleta, el control presenta debilidades operativas/estructurales o falta oportunidad en su registro.

- No Cumple (NC): Ausencia de implementación o sin soporte probatorio.

6. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

A corte de septiembre de 2026, la entidad alcanza un porcentaje global de cumplimiento del 86.00%, distribuido por subsistemas de la siguiente manera:

Subsistema	C	CP	NC	NA	Evaluados	% Cumplimiento
Gobierno Transversal	8	0	0	0	8	100.0%
SARLAFT	11	3	0	0	14	89.3%
SICOF	6	5	0	0	11	77.3%
PTEE	11	6	0	0	17	82.4%
TOTAL	36	14	0	0	50	**86.0%**

6.1 EVALUACIÓN DETALLADA Y ANÁLISIS DE CRITERIOS (C Y CP)

6.1.1 Fortalezas y Aspectos en Cumplimiento Total (C)

Gobierno Transversal e Institucionalidad (100%): Se constató la formalización de las políticas y manuales aprobados por la Junta Directiva (Manual SARLAFT Acuerdo 1.02.050.2023 y PTEE V2 Acuerdo 1.02.131.2026 del 25 de agosto de 2026). El Oficial de Cumplimiento se encuentra formalmente designado, cumple con los requisitos de perfil e independencia, cuenta con un plan de trabajo activo y ha presentado dos informes periódicos de avance ante la Junta Directiva. Asimismo, Control Interno ha incorporado el seguimiento de tercera línea en su Plan Anual de Auditoría (PAA).

Articulación de Caracterizaciones PHVA con el SICOF: Los procesos que cuentan con riesgos formalizados han integrado sus caracterizaciones operativas con el sistema de prevención:

- Gestión de Mercadeo y Comunicaciones: Vincula sus entradas de Ley 1712 de 2014 y actividades de publicación en canales oficiales con el riesgo de divulgación no autorizada de información reservada.
- Gestión de TIC: Articula la evaluación de viabilidad técnica para la adquisición de componentes tecnológicos con la prevención del otorgamiento irregular de conceptos técnicos a cambio de dádivas.
- Referencia y Traslado de Pacientes: Integra el control de cobro de servicios particulares con la prevención de la apropiación indebida de dinero en efectivo.
- Gestión Logística: Articula el sondeo de mercado, selección de proveedores y evaluación contractual con la debida diligencia de contrapartes para evitar vínculos con LA/FT, contrabando o fraude.

Ejecución de Controles en Plataforma Almera: Se verificó el ingreso a la plataforma Almera, confirmando que los controles asociados a los mapas de riesgos se están ejecutando

operativamente y cumplen con su propósito de mitigación del riesgo. El mapa de calor del sistema refleja la trazabilidad entre el riesgo inherente y el riesgo residual.

Monitoreo Articulado (Oficial de Cumplimiento y Control Interno): En un primer momento, el Oficial de Cumplimiento adelantó el seguimiento a los riesgos identificados al corte de junio de 2026, presentando su informe oficial con evaluaciones y recomendaciones. Posteriormente, la Tercera Línea de Defensa (Control Interno) realizó de manera complementaria la verificación integral del cumplimiento en la periodicidad del monitoreo, la idoneidad en el diseño y la efectividad operativa mediante la herramienta metodológica "Seguimiento a Riesgos".

Tratamiento e Investigación de Casos Reportados: Los casos y denuncias tramitados en la entidad cuentan con su correspondiente análisis, investigación, conclusión y definición de acciones, en cumplimiento del Protocolo GJC-PT-001 mediante el desarrollo de las investigaciones a que haya lugar y la adopción de las medidas pertinentes.

Presentación de informes de gestión por el Oficial de Cumplimiento: Se evidencia el cumplimiento satisfactorio de la obligación de rendición de cuentas por parte del Oficial de Cumplimiento, consistente en la presentación periódica de los informes de gestión del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) ante la Junta Directiva de la entidad. Dicha gestión se ha llevado a cabo con periodicidad semestral, garantizando la supervisión del máximo órgano de dirección, la trazabilidad en el monitoreo de los riesgos de corrupción y opacidad, y la oportuna toma de decisiones para el fortalecimiento y cumplimiento institucional.

Conocimiento de Contrapartes y Gestión de PEP:

- Debida Diligencia Inicial: La entidad aplica mecanismos de verificación en listas restrictivas/sancionatorias, validación de inhabilidades/incompatibilidades y exigencia del Formato Pacto por la Transparencia.

- Gestión de Personas Expuestas Políticamente (PEP): Se identifican y gestionan mediante un esquema articulado donde Talento Humano exige y verifica la declaración estandarizada de la Función Pública (SIGEP), Gestión Jurídica y Contractual realiza el monitoreo preventivo a los contratos y contrapartes, y Gestión Logística aplica esta verificación como control en el proceso de contratación y compras.

Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS - UIAF): Se evidenció la existencia y custodia de las evaluaciones de operaciones sospechosas, contando con los correspondientes soportes oficiales de radicación y confirmación de recepción expedidos por la UIAF.

6.2 BRECHAS IDENTIFICADAS Y CRITERIOS EN CUMPLIMIENTO PARCIAL (CP)

A continuación, se relacionan de forma clara los criterios calificados en CP, los cuales se representan en los siguientes hallazgos y oportunidades de mejora:

Hallazgo 1: Baja cobertura institucional en la identificación de riesgos de corrupción y fraude: A corte del presente seguimiento realizado a los riesgos (del 14 al 18 de septiembre) , únicamente cuatro (4) procesos han identificado y formalizado adecuadamente sus riesgos de

corrupción, opacidad, fraude e integridad pública (SIGRIP) en la plataforma Almera: Gestión de Mercadeo y Comunicaciones, Gestión de TIC, Gestión Logística y Referencia y Traslado de Pacientes. Se evidencia existencia de procesos institucionales expuestos a situaciones de fraude o corrupción sin mapa de riesgos formalizado ni controles monitoreados, por otro lado, la Supersalud señala expresamente que el PTEE debe diseñarse a partir de una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y soborno.

Hallazgo 2: Debilidades en la redacción y estructuración técnica de los riesgos: Aunque los riesgos identificados poseen los elementos conceptuales básicos, presentan inconsistencias en su estructuración, iniciando en algunos casos por el impacto o mezclando la causa con el evento. Lo cual evidencia dificultad para asociar controles directos sobre las causas generadoras del riesgo.

Hallazgo 3: Deficiencias estructurales en el diseño de los controles y oportunidad del registro en Almera: Durante el seguimiento se observó que existen controles formulados de manera ambigua respecto a sus actividades de verificación, periodicidad y evidencias requeridas. Asimismo, en el componente de seguimiento, se evidenció que, aun cuando los controles se ejecutan y cumplen con su propósito, los líderes de proceso presentan demoras en el cargue oportuno de sus soportes y evidencias dentro de la plataforma Almera, ocasionando pérdida de trazabilidad en tiempo real de la efectividad del control interno.

Hallazgo 5: Cobertura limitada en las jornadas de capacitación y socialización del PTEE y SARLAFT: Si bien se acredita la realización de una jornada de capacitación documentada mediante Acta de Reunión No. 203.1.28.117.2026 del 3 de junio de 2026, el alcance de participación resulta limitado frente al total de servidores, contratistas y colaboradores de la E.S.E., así como la falta de difusión masiva del PTEE V2 aprobado en agosto de 2026, lo cual puede impactar en el desconocimiento de los canales de denuncia, valores institucionales y deberes en la prevención del riesgo por parte del personal.

Hallazgo 6: Debilidades en los mecanismos de acceso y garantías de reserva de identidad en el canal web de denuncias: Aunque la entidad cuenta con el Protocolo de Denuncias GJC-PT-001 v.1 y el botón anticorrupción en la página web, se evidencia la necesidad de perfeccionar el formulario web para asegurar la opción explícita de reserva de identidad / reporte anónimo y simplificar los campos requeridos para facilitar el acceso a la ciudadanía y a los colaboradores. Esta situación puede generar posible inhibición de denunciantes por temor a represalias o por complejidad en el diligenciamiento del formulario.

Hallazgo 7: Desarticulación normativa, metodológica y operativa en la estructuración del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE): Durante el proceso de auditoría al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE V2), se identificó que el sistema presenta rezagos de alineación documental y vacíos en su despliegue operativo. Específicamente se constató:

- **Necesidad de actualización y armonización del Manual GPI-M-003 frente al PTEE V2:** El Manual de Políticas SARLAFT/SICOF (GPI-M-003) registraba fecha de vigencia documental de junio de 2026 y hacía referencia al PTEE versión 1. Al haberse aprobado por Junta Directiva el PTEE V2 en agosto de 2026 (Acuerdo 1.02.131.2026), se requiere ajustar el manual para garantizar la debida alineación y armonización normativa.

- **Armonización Documental**: Se evidenciaron inconsistencias entre los valores del PTEE y los definidos en el numeral 6.3 del Código de Conducta y Buen Gobierno, así como diferencias en la denominación de los procesos respecto al Mapa de Procesos (MOP) vigente.

- **Documentación de Procedimientos:** Formalizar y estandarizar los procedimientos operativos de Debida Diligencia, Gestión de Conflictos de Interés y Trámite de Denuncias por actos de corrupción.

7. ESTADO DE SEGUIMIENTO A LAS BRECHAS DE LA VIGENCIA 2025

En cumplimiento del plan de auditoría, se evaluó la evolución de los compromisos adquiridos a partir de la auditoría de la vigencia 2025:

Subsistema	Brecha / aspecto identificado en 2025	Evidencia de cierre	Estado 2026	Prioridad
SICOF	Solo se habían definido 3 riesgos COF en 2025.	Se identificaron y mejoraron, pero aún falta cobertura	En proceso	Alta
SICOF	No se evidenciaban soportes suficientes de medición de probabilidad e impacto.	En el Almera los riesgos tienen la valoración	Cerrada	Alta
SICOF	Controles con atributos incompletos.	Se evidencia mejora, pero hay detalles en el diseño de controles por mejorar	En proceso	Alta
SICOF	No se evidenciaba monitoreo periódico suficiente.	Informes presentados	Cerrada	Alta
SICOF	No se evidenciaban procedimientos específicos.	No se evidencian procedimientos formalizados	Pendiente	Media
PTEE	Matriz limitada a 3 riesgos/procesos.	Se identificaron y mejoraron, pero aún falta cobertura	En proceso	Alta
PTEE	Redacción de riesgos no alineada con metodología.	Se evidencia mejora, pero hay detalles en el diseño de riesgos por mejorar	En proceso	Alta
PTEE	No se evidenciaban informes del responsable.	Informes presentados	Cerrada	Media
PTEE	No se evidenciaba política formal de protección a denunciantes.	Política formalizada	Cerrada	Alta
PTEE	Capacitación no plenamente soportada.	Plan, asistencia, evaluación.	En proceso	Media
SARLAFT	Se identificaron aspectos por fortalecer en seguimiento de operaciones y consolidación de operaciones en efectivo.	Reportes y conciliaciones.	Cerrada	Alta
SARLAFT	Seguimiento a informes del Oficial de Cumplimiento.	Informes Presentados	Cerrada	Alta

De un total de **12 aspectos evaluados**, la gestión registra el siguiente nivel de avance:

- **Cerradas (Cumplidas):** 6 aspectos (**50%**)
- **En proceso:** 5 aspectos (**41.7%**)
- **Pendientes:** 1 aspecto (**8.3%**)

A la fecha de corte, los subsistemas evaluados (SICOF, PTEE y SARLAFT) presentan un porcentaje de cumplimiento del 50% en la subsanación de las brechas identificadas en 2025, destacando un avance sobresaliente en SARLAFT (100% de aspectos cerrados) y avances significativos en la entrega de informes periódicos y formalización de políticas institucionales.

Ante el 50% de brechas pendientes o en proceso, la entidad debe concentrar sus esfuerzos en:

- **Gestión de Riesgos:** Culminar la formalización y el diseño metodológico de controles para los riesgos de corrupción y fraude en SICOF y PTEE.
- **Formalización de Procedimientos:** Elaborar y reglamentar los procedimientos específicos requeridos para la operatividad del SICOF.
- **Plan de Capacitación:** Completar la ejecución y el soporte documental de las jornadas de formación del PTEE.

8. RECOMENDACIONES

- **Gestión de Riesgos y PTEE:** Revisar, en coordinación con las áreas de Planeación y Calidad, la articulación entre el PTEE y la Política General de Riesgos de la E.S.E., revisando la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEP) como un control preventivo orientado a establecer mecanismos de debida diligencia sobre cargos críticos, contratistas y contrapartes.

- **Divulgación:** Desplegar jornadas de socialización a cargo del Oficial de Cumplimiento, sobre los roles y responsabilidades del PTEE, e implementar un esquema de seguimiento periódico.

- **Documentación y Formalización de Procedimientos SARLAFT**: Si bien la E.S.E. cuenta con el Manual De Políticas, Procesos y Procedimientos del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo "SARLAFT" se recomienda reglamentar y formalizar operativamente los procedimientos específicos que soporten la ejecución práctica de cada una de sus etapas y elementos. Esto incluye estandarizar los pasos para la identificación y detección de operaciones inusuales (aquellas que no se ajustan a la normalidad del negocio u operación), así como la metodología de análisis para determinar y reportar posibles operaciones sospechosas, garantizando el cumplimiento efectivo de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud

Finalmente, se invita al equipo a realizar una lectura detallada del presente informe al interior de su dependencia, así como a socializar los resultados con las áreas involucradas. En atención a los hallazgos y oportunidades de mejora identificados, se solicita suscribir las correspondientes acciones de mejoramiento en la plataforma Almera dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la comunicación de este documento, atendiendo los lineamientos y metodologías institucionales vigentes.

Como soporte complementario del ejercicio de seguimiento se adjuntan en calidad de anexos el formato de seguimiento a riesgos —donde se detalla la evaluación punto por punto— y el papel de trabajo ejecutado durante la auditoría

Cordialmente,



Sandra Liliana Escobar Solano
Asesora de Control Interno

Elaborado: Sandra Liliana Escobar Solano – Asesora Oficina de Control Interno.

METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN – SARLAFT, SICOF Y PTEE 2026

Resultado	Significado	Puntaje	Criterio de aplicación	Ejemplo de evidencia	Tratamiento
C	Cumple	1	El requisito está implementado, se aplica y existe evidencia suficiente, pertinente y verificable.	Acta, informe, matriz, registro o soporte que demuestra aprobación/ejecución/seguimiento.	Sin brecha
CP	Cumple parcialmente	0.5	Existe implementación o avance, pero la evidencia es incompleta, el control se ejecuta parcialmente o presenta debilidades que deben fortalecerse.	Existe el procedimiento, pero falta evidencia de ejecución; o se cumple la actividad, pero no con la periodicidad/alcance requerido.	Oportunidad de mejora / brecha parcial
NC	No cumple	0	No se evidenció cumplimiento del requisito, no existe implementación o no fue posible demostrarlo con evidencia suficiente.	No existe documento, control, actividad o evidencia que permita acreditar el requisito.	Hallazgo / brecha
NA	No aplica		El requisito no resulta aplicable a la entidad, proceso o situación evaluada. Debe quedar documentada la justificación.	Concepto o análisis que sustenta por qué el requisito no aplica.	Se excluye del cálculo

FÓRMULA DEL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

Cumplimiento (%) = (C + 0,5 × CP) / (Total evaluado – NA) × 100

Importante: NA no disminuye el resultado; se excluye del denominador.

La calificación debe sustentarse siempre en evidencia concreta registrada en la lista de chequeo.

RANGO SUGERIDO PARA INTERPRETACIÓN

Resultado	Rango	Interpretación
Alto	90% – 100%	Cumplimiento alto; mantener y fortalecer el monitoreo.
Medio	80% – 89%	Cumplimiento aceptable con aspectos por fortalecer.
Bajo	< 80%	Requiere plan de mejoramiento y seguimiento prioritario.

PLAN DE AUDITORÍA / LISTA DE CHEQUEO – SARLAFT, SICOF Y PTEE 2026

Entidad	Red de Salud del Centro E.S.E.
Proceso / área	Gestión de Riesgos / Oficial de Cumplimiento / áreas responsables
Tipo de trabajo	Auditoría / seguimiento de tercera línea de defensa
Período	Vigencia 2026 – con seguimiento a brechas identificadas en 2025
Objetivo	Evaluar la implementación, cumplimiento, operación y efectividad de SARLAFT, SICOF y PTEE, frente a la normatividad aplicable y a las brechas identificadas en 2025.
Normativa base	Circular Externa 20211700000005-5 de 2021; Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022; Ley 2195 de 2022 y demás normas/modificaciones vigentes aplicables.
Hecho relevante 2026	El PTEE fue aprobado por la Junta Directiva en agosto de 2026. Se debe verificar su implementación efectiva posterior a la aprobación y el seguimiento a las decisiones de Junta.

Metodología y enfoque		
1	Planeación	Revisión de normativa, documentos institucionales, resultados 2025, actas de Junta Directiva e informes del Oficial de Cumplimiento.
2	Pruebas de cumplimiento	Verificación documental de políticas, manuales, metodologías, matrices, procedimientos, reportes y actas.
3	Pruebas de operación	Selección de muestras para verificar ejecución real de controles, debida diligencia, capacitación, monitoreo, alertas y reportes.
4	Seguimiento 2025	Verificación de cierre, avance o permanencia de las brechas identificadas en la lista de chequeo 2025.
5	Conclusión	Calificación de cumplimiento y determinación de brechas, causas, recomendaciones y acciones de mejora.

Documentos mínimos a solicitar	
1	Manual/política/procedimientos vigentes.
2	PTEE aprobado por Junta Directiva en Agosto de 2026 y acta de aprobación.
3	Plan de trabajo 2026 del Oficial de Cumplimiento y evidencias de ejecución.
4	Informes semestrales del Oficial de Cumplimiento presentados a Junta Directiva y actas donde conste su presentación.
5	Matrices de riesgos SARLAFT, SICOF y PTEE vigentes, con soportes de valoración.
6	Procedimientos de debida diligencia, conocimiento de terceros, PEP, listas y señales de alerta.
7	Registros de operaciones inusuales/sospechosas, análisis y reportes, cuando aplique.
8	Plan y evidencias de capacitación 2026.
9	Canales de denuncia, política de protección a denunciantes y registros de atención.
10	informes de monitoreo y seguimiento de los subsistemas.
11	Acciones derivadas de la evaluación 2025 y evidencias de cierre.

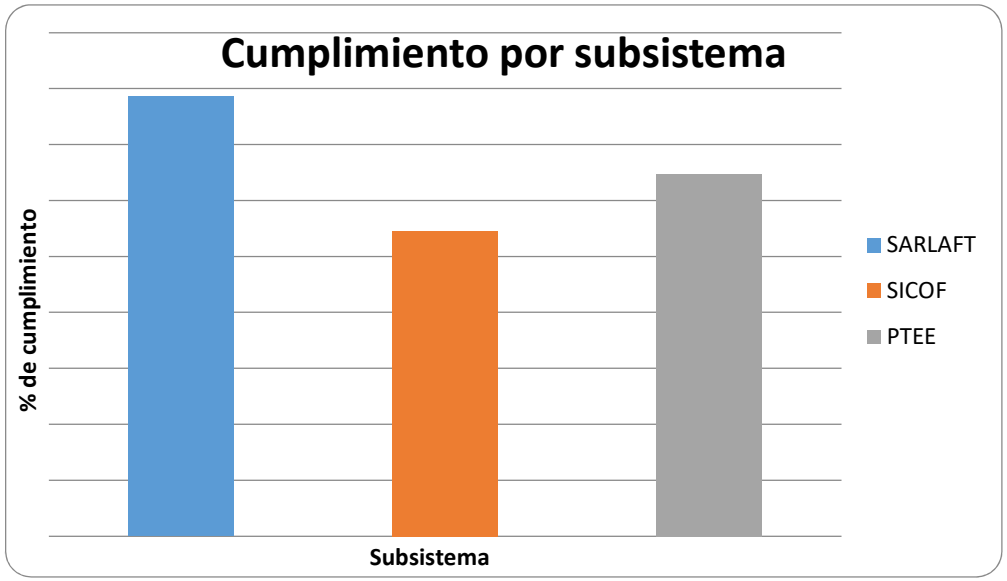
RESUMEN DE SEGUIMIENTO – SARLAFT, SICOF Y PTEE 2026

Esta hoja consolida automáticamente los resultados diligenciados en las listas de chequeo.

Subsistema	Total ítems	Cumple	Parcial	No cumple	No aplica	Pendientes	% Cumplimiento
SARLAFT	14	11	3	0	0	0	78.6%
SICOF	11	6	5	0	0	0	54.5%
PTEE	17	11	6	0	0	0	64.7%
Total	**42**	**28**	**14**	**0**	**0**	**0**	**66.7%**

Estados de seguimiento de brechas 2025

Estado	Cantidad
Pendiente	1
En proceso	5
Cerrada	6
No aplica	0



CONTROL DE RESULTADOS

Subsistema	C	CP	NC	NA	Evaluados	% Cumplimiento
Gobierno_Transversal	8	0	0	0	8	100.0%
SARLAFT	11	3	0	0	14	89.3%
SICOF	6	5	0	0	11	77.3%
PTEE	11	6	0	0	17	82.4%
TOTAL	**36**	**14**	**0**	**0**	**50**	**86.0%**

LISTA DE CHEQUEO – Gobierno Transversal

Resultado: C = Cumple | CP = Cumple parcialmente | NC = No cumple | NA = No aplica. Registrar evidencia concreta.

No.	Subsistema	Componente	Criterio / requisito de auditoría	Pregunta de verificación	Evidencia requerida	Resultado	Observación / evidencia obtenida
1	Transversal	Gobierno	Implementación formal de los subsistemas	¿SARLAFT, SICOF y PTEE están formalmente adoptados y vigentes?	Políticas, manuales, actos de aprobación	C	Se evidnecia que la entidad cuenta formalmente con los documentos aprobados por la Junta Directiva MANUAL DE POLÍTICAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO "SARLAFT" con acuerdo No 1.02.050.2323 PTEE V2 con acuerdo 1.02.131.2026
2	Transversal	Junta Directiva	Responsabilidades	¿La Junta tiene asignadas las funciones relacionadas con gestión de riesgos y estos subsistemas?	Estatutos, acuerdos, manuales, actas	C	Se evidnecia que en el manul de en el capitulo 12.5.11 tiene establecido su rol
3	Transversal	Junta Directiva	Aprobación	¿Las políticas, manuales y modificaciones han sido aprobados por la instancia competente?	Actas y documentos aprobados	C	El manual fue aprobado por la junta directiva bajo el acuerdo numero 1.02.50.2023 de 2023
4	Transversal	Oficial de Cumplimiento	Designación	¿El Oficial de Cumplimiento se encuentra formalmente designado y vigente?	Acto de designación	C	Se evidencia acuerdo No 1.02.099.2025 de designación como oficial de cumplimiento a Kelly Johana Angulo y Oficial de Cumplimiento suplenta a Angela Maria Calero
5	Transversal	Oficial de Cumplimiento	Requisitos	¿Cumple requisitos, perfil, independencia y demás condiciones exigibles?	Hoja de vida, certificaciones, acto de designación	C	En el acuerdo se deja explicitamente que cumplen con el perfl y requesito
7	Transversal	Oficial de Cumplimiento	Plan de trabajo	¿Existe plan de trabajo 2026 y evidencia de ejecución?	Plan y seguimiento	C	Si tiene plan de trabajo, se evidencia implementacion e informe de avance aportado por el oficial de cumplimiento
8	Transversal	Oficial de Cumplimiento	Informes semestrales	¿Presentó a Junta Directiva los informes semestrales de implementación/cumplimiento?	Informe, acta de Junta, presentación	C	El oficial de cumplimiento en esta vigencia ha presentado dos informes a la Junta Directiva
10	Transversal	Control Interno	Tercera línea	¿La evaluación de SARLAFT, SICOF y PTEE está incorporada en el PAA y cuenta con evidencia de ejecución?	PAA, programa y papeles de trabajo	C	Si se incorporo en el PAA vigente

LISTA DE CHEQUEO – SARLAFT 2026

Resultado: C = Cumple | CP = Cumple parcialmente | NC = No cumple | NA = No aplica. Registrar evidencia concreta.

No.	Subsistema	Componente	Criterio / requisito de auditoría	Pregunta de verificación	Evidencia requerida	Resultado	Observación / evidencia obtenida	Brecha / hallazgo	Recomendación
1	SARLAFT	Marco normativo	Vigencia	¿Manual SARLAFT se encuentra actualizado frente a la normativa vigente aplicable a la ESE?	Manual, control de cambios, revisión normativa	C	GPI-M-003 MANUAL DE POLÍTICAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO "SARLAFT"	No Aplica	No Aplica
2	SARLAFT	Gobierno	Junta Directiva	¿Se evidencia aprobación y seguimiento al SARLAFT?	Informes presentado a Junta y Acuerdo	C	El manual fue aprobado por la junta directiva bajo el acuerdo numero 1.02.50.2023 de 2023 y se evidencia los informes presentados a Junta Directiva por parte del oficial de cumplimiento	No Aplica	No Aplica
3	SARLAFT	Riesgo inherente	Identificación	¿Están identificados los factores y eventos de riesgo LA/FT/FPADM aplicables a la entidad?	Matriz de riesgos, metodología	CP	Se evidencio a corte del presente seguimiento, únicamente cuatro (4) procesos han identificado sus riesgos Gestión de Mercadeo y Comunicaciones, Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación , Gestión Logística y Referencia y Traslado de Pacientes.	Baja cobertura institucional en la identificación y priorización de riesgos por proceso.	Se recomienda la necesidad de desplegar y extender esta identificación a la totalidad de los procesos de la entidad en donde dichos riesgos resulten aplicables, garantizando una cobertura integral en la gestión y prevención del riesgo institucional.
4	SARLAFT	Riesgo inherente	Segmentación	¿La entidad cuenta con metodología y evidencia de segmentación de factores/contrapartes?	Metodología y resultados de segmentación	C	En el manual se tiene establecido al identificacion de contrapartes	No Aplica	No Aplica
5	SARLAFT	Riesgo inherente	Medición	¿Existe evidencia de medición de probabilidad e impacto y determinación del riesgo inherente?	Matrices y soportes de valoración	C	Se evidencia que los riesgos se encuentran cargados en Almera con sus valoraciones de impacto y probabilidad. El mapa de calor visualiza claramente la evolución del riesgo inherente al riesgo residual tras la aplicación de los controles evaluados.	No Aplica	No Aplica
6	SARLAFT	Riesgo residual	Valoración	¿Se evidencia valoración posterior a controles el riesgo residual?	Matriz vigente	C	Se evidencia que los riesgos se encuentran cargados en Almera con sus valoraciones de impacto y probabilidad. El mapa de calor visualiza claramente la evolución del riesgo inherente al riesgo residual tras la aplicación de los controles evaluados.	No Aplica	No Aplica
7	SARLAFT	Controles	Diseño	¿Cada control tiene responsable, periodicidad, propósito, forma de ejecución y evidencia?	Matriz de controles	CP	Si bien los controles existen, se evidencia la necesidad de fortalecer su oportunidad, periodicidad y la claridad en las actividades de verificación, garantizando que estén directamente alineados con las causas de los riesgos y permitan una mitigación efectiva y medible de los mismos.	Como resultado del seguimiento realizado al diseño de los controles, se identificaron algunas debilidades estructurales y operativas en su formulación. **Nota: En la matriz seguimiento a riesgos es el detalle del seguimiento y recomendaciones**	Se recomienda revisar la hoja de recomendaciones para los controles

No.	Subsistema	Componente	Criterio / requisito de auditoría	Pregunta de verificación	Evidencia requerida	Resultado	Observación / evidencia obtenida	Brecha / hallazgo	Recomendación
8	SARLAFT	Controles	Operación	¿Los controles definidos se ejecutaron durante 2026 conforme a su periodicidad?	Muestra de evidencias de ejecución	C	Respecto a la ejecución y evidencia de los controles durante la vigencia 2026, se verificó el ingreso a la plataforma Almera, identificando que los procesos realizan el seguimiento continuo a los controles asociados a sus mapas de riesgos. Si bien se constató que los controles se ejecutan y cumplen con su propósito operativo	No Aplica	se recomienda fortalecer la cultura de reporte y cargue oportuno de las evidencias en el sistema Almera, evitando rezagos en el registro y garantizando la trazabilidad en tiempo real del esquema de control interno.
9	SARLAFT	Debida diligencia	Terceros	¿Se aplica conocimiento y debida diligencia a proveedores, contratistas y demás contrapartes según riesgo?	Expedientes y muestras	C	La entidad aplica mecanismos de conocimiento y debida diligencia a sus contrapartes (proveedores, contratistas y colaboradores), a través de la revisión preventiva en listas restrictivas y de sanción, la validación del régimen de inhabilidades e incompatibilidades, y la suscripción del Formato Pacto por la Transparencia.	No Aplica	No Aplica
10	SARLAFT	Debida diligencia	PEP	¿Se identifican y gestionan adecuadamente las Personas Expuestas Políticamente?	Consultas, formularios, aprobaciones	C	La entidad identifica y gestiona las Personas Expuestas Políticamente (PEP) mediante un esquema articulado de control y monitoreo en el que Talento Humano verifica las declaraciones estandarizadas dispuestas por la Función Pública en el proceso de vinculación, Gestión Jurídica y Contractual realiza el seguimiento preventivo a los contratos y contrapartes, y Gestión Logística aplica esta verificación como control dentro del proceso de compras	No Aplica	No Aplica
11	SARLAFT	Debida diligencia	Listas	¿Se realizan consultas en listas y se conserva evidencia, fecha y resultado?	Registros de consultas	C	La entidad aplica mecanismos de conocimiento y debida diligencia mediante la verificación en listas restrictivas y se encuentran en el expediente	No Aplica	No Aplica
12	SARLAFT	Reportes	UIAF / autoridades	¿Los reportes exigibles se realizan oportunamente y con evidencia de validación?	Constancias de reportes, controles	C	La entidad cuenta con la evidencia documental de la evaluación y reporte de operaciones sospechosas, incluyendo los soportes de confirmación de recepción emitidos por la UIAF.	No Aplica	No Aplica
13	SARLAFT	Capacitación	Formación	¿Se ejecutó capacitación SARLAFT a todo el personal?	Plan, asistencia, contenidos, evaluaciones	CP	Se evidenció la realización de una capacitación dirigida al personal interno, documentada mediante Acta de Reunión No. 203.1.28.117.2026, de fecha 3 de junio de 2026, orientada al fortalecimiento de conocimientos sobre el marco jurídico y los mecanismos de prevención y control del SARLAFT, SICOF y PTEE. Así mismo, se evidenció la disposición de una pieza gráfica en la página web institucional, como mecanismo de divulgación y sensibilización sobre estas temáticas	Baja Cobertura en la socializacion	Se recomienda fortalecer la socialización y divulgación mediante estrategias que permitan ampliar su cobertura a todos los servidores, colaboradores y demás grupos a los que resulte aplicable.
14	SARLAFT	Monitoreo	Informe OC	¿El Oficial de Cumplimiento informó a Junta Directiva resultados, incumplimientos y acciones de mejora?	Informe semestral y acta	C	Se evidenció que el Oficial de Cumplimiento ha presentado ante la Junta Directiva los informes de seguimiento correspondientes a la implementación del PTEE, reportando en febrero de 2026 los resultados del segundo semestre de 2025 y en agosto de 2026 los correspondientes al primer semestre de 2026.	No Aplica	No Aplica

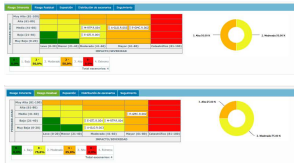
LISTA DE CHEQUEO – SICOF 2026									
Resultado: C = Cumple | CP = Cumple parcialmente | NC = No cumple | NA = No aplica. Registrar evidencia concreta.									
No.	**Subsistema**	**Componente**	**Criterio / requisito de auditoría**	**Pregunta de verificación**	**Evidencia requerida**	**Resultado**	**Observación / evidencia obtenida**	**Brecha / hallazgo**	**Recomendación**
1	SICOF	Implementación	Mapa de procesos	¿Los procesos de la entidad cuentan con caracterización y se encuentran considerados en la gestión SICOF?	Mapa y caracterizaciones	C	**Comunicaciones:** El proceso cuenta con su caracterización formalizada en el ciclo PHVA, identificando claramente sus entradas normativas de transparencia (Ley 1712 de 2014) y sus actividades de publicación y control. Asimismo, se encuentra considerado en la gestión SICOF al articular sus actividades de administración de página web y canales oficiales con el mapa de riesgos del proceso, permitiendo el monitoreo y mitigación del riesgo de divulgación no autorizada de información reservada. **Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación :**El proceso cuenta con su caracterización estructurada bajo el ciclo PHVA, en la que se definen claramente sus actividades de planeación, mantenimiento, copias de seguridad y gobierno del dato. Asimismo, se encuentra considerado en la gestión SICOF al vincular de forma explícita su actividad operativa "Evaluar la viabilidad técnica para la adquisición o desarrollo de componentes tecnológicos" y sus mecanismos de seguimiento con la identificación, control y mitigación del riesgo de corrupción asociado al otorgamiento irregular de conceptos técnicos en compras tecnológicas. **Referencia y Traslado de Pacientes:**El proceso cuenta con su caracterización estructurada bajo la metodología PHVA, definiendo claramente sus actividades operativas de recepción de solicitudes, despacho, traslados particulares/eventos y monitoreo. Asimismo, se encuentra considerado en la gestión SICOF al articular la ejecución de sus servicios particulares (como el "Traslado del paciente por solicitudes particulares o eventos") y las actividades de control (como el "Seguimiento y evaluación de la gestión de riesgos") con la identificación, custodia y prevención de la apropiación indebida de recursos en efectivo derivados de la prestación de dichos servicios. **Gestión Logística:**El proceso cuenta con su caracterización estructurada en la metodología PHVA, definiendo explícitamente sus actividades de planificación de compras, selección de proveedores, formalización de órdenes de compra, evaluación y seguimiento. Asimismo, se encuentra considerado en la gestión SICOF al vincular directamente sus etapas críticas de selección y validación ("Sondeo de mercado", "Seleccionar proveedor de acuerdo a los criterios establecidos" y "Evaluar a los proveedores definidos") junto con sus actividades de control ("Seguimiento a la gestión de riesgos") con la debida diligencia requerida en los sistemas SICOF y SARLAFT para la prevención del riesgo de contratación con partes vinculadas al lavado de activos, financiación del terrorismo, contrabando o fraude	No Aplica	No Aplica
2	SICOF	Riesgos	Cobertura	¿La matriz supera la cobertura limitada identificada en 2025 de solo tres riesgos/procesos?	Matriz 2026 y análisis comparativo	CP	A corte del presente seguimiento, únicamente cuatro (4) procesos han identificado sus riesgos de corrupción, opacidad y fraude en el marco del sistema SICOF: Gestión de Mercadeo y Comunicaciones, Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación , Gestión Logística y Referencia y Traslado de Pacientes.	Baja cobertura institucional en la identificación y priorización de riesgos por proceso.	Se recomienda la necesidad de desplegar y extender esta identificación a la totalidad de los procesos de la entidad en donde dichos riesgos resulten aplicables, garantizando una cobertura integral en la gestión y prevención del riesgo institucional.

No.	Subsistema	Componente	Criterio / requisito de auditoría	Pregunta de verificación	Evidencia requerida	Resultado	Observación / evidencia obtenida	Brecha / hallazgo	Recomendación
3	SICOF	Riesgos	Redacción	¿Los riesgos están correctamente formulados y asociados a causas/consecuencias?	Matriz y metodología	CP	Se determinó que el requisito se cumple parcialmente, debido a que, si bien los riesgos cuentan con los elementos conceptuales, es necesario realizar ajustes de redacción y estructuración.	Debilidad en la redacción del riesgo Nota: En la matriz seguimiento a riesgos es el detalle del seguimiento y recomendaciones	Se recomienda reordenar la secuencia del texto para alinearlo con (Evento + Causa + Consecuencia), precisando con mayor claridad el origen de la falla y evitando iniciar la formulación del riesgo desde el impacto.
4	SICOF	Riesgos	Medición	¿Existe soporte de probabilidad, impacto y riesgo inherente?	Matriz y soportes	C	Se evidencia que los riesgos se encuentran cargados en Almera con sus valoraciones de impacto y probabilidad. El mapa de calor visualiza claramente la evolución del riesgo inherente al riesgo residual tras la aplicación de los controles evaluados.	No Aplica	No Aplica
5	SICOF	Controles	Diseño	¿Los controles tienen responsable, periodicidad, propósito, ejecución, evidencia y tratamiento de desviaciones?	Matriz de controles	CP	Si bien los controles existen, se evidencia la necesidad de fortalecer su oportunidad, periodicidad y la claridad en las actividades de verificación, garantizando que estén directamente alineados con las causas de los riesgos y permitan una mitigación efectiva y medible de los mismos.	Como resultado del seguimiento realizado al diseño de los controles, se identificaron algunas debilidades estructurales y operativas en su formulación. **Nota: En la matriz seguimiento a riesgos es el detalle del seguimiento y recomendaciones**	Se recomienda revisar la hoja de recomendaciones para los controles
6	SICOF	Controles	Operación	¿Los controles fueron ejecutados durante 2026 y existe evidencia?	Muestra de evidencias	C	Respecto a la ejecución y evidencia de los controles durante la vigencia 2026, se verificó el ingreso a la plataforma Almera, identificando que los procesos realizan el seguimiento continuo a los controles asociados a sus mapas de riesgos. Si bien se constató que los controles se ejecutan y cumplen con su propósito operativo	No Aplica	se recomienda fortalecer la cultura de reporte y cargue oportuno de las evidencias en el sistema Almera, evitando rezagos en el registro y garantizando la trazabilidad en tiempo real del esquema de control interno.
7	SICOF	Controles	Efectividad	¿Se ha evaluado la efectividad de los controles?	Pruebas, indicadores, informes	C	Se evidencio en esta auditoria que el Oficial de Cumplimiento adelantó el seguimiento a los riesgos identificados al corte de junio, presentando su informe oficial con las evaluaciones y recomendaciones correspondientes. Control interno realizó igualmente en este seguimiento la verificación del cumplimiento en la periodicidad del monitoreo, la idoneidad en el diseño de los controles y su efectividad dentro de la matriz "Seguimiento a Riesgos", permitiendo validar la consistencia de las evidencias cargadas.	No Aplica	Revisar recomendaicones en la matriz seguimiento a riesgos

No.	Subsistema	Componente	Criterio / requisito de auditoría	Pregunta de verificación	Evidencia requerida	Resultado	Observación / evidencia obtenida	Brecha / hallazgo	Recomendación
8	SICOF	Denuncias	Canales	¿Los canales de denuncia son conocidos, confidenciales y cuentan con trazabilidad?	Canales, protocolos, registros	CP	Se evidencia que la entidad cuenta actualmente con canales dispuestos boton anticorrupcion en la pagina web y correo electronico, pero en el formulario de la pagina web no esta habilitado el poner una denuncia anonima. De igual manera las denuncias llegan al correo habilitado para tal fin e inician el proceso definido.	Debilidad en el formulario de denuncias dispuesto para tal fin en la pagina web	Se recomienda fortalecer y mantener de manera continua la divulgación de los canales de denuncia disponibles, mediante piezas gráficas, comunicaciones y demás estrategias de sensibilización, orientadas a promover la cultura de integridad y transparencia. Así mismo, se sugiere armonizar estas acciones con temas relacionados con conflictos de interés, fraude, corrupción e integridad pública, de manera que los servidores y colaboradores conozcan claramente qué situaciones pueden reportar, cuáles son los canales disponibles y cómo realizar una denuncia, incluyendo las garantías y medidas de protección previstas por la entidad.
9	SICOF	Investigación	Tratamiento	¿Los casos reportados cuentan con análisis, investigación, conclusión y acciones?	Expedientes de casos	C	Los casos reportados cuentan con análisis, investigación, conclusión y definición de acciones, cumpliendo con el procedimiento institucional establecido mediante el desarrollo de las investigaciones a que haya lugar y la adopción de las medidas pertinentes.	No Aplica	No Aplica

No.	Subsistema	Componente	Criterio / requisito de auditoría	Pregunta de verificación	Evidencia requerida	Resultado	Observación / evidencia obtenida	Brecha / hallazgo	Recomendación
10	SICOF	Capacitación	Formación	¿Se realizó capacitación sobre SICOF y cultura de integridad?	Plan, asistencia, contenidos	CP	Se evidenció la realización de una capacitación dirigida al personal interno, documentada mediante Acta de Reunión No. 203.1.28.117.2026, de fecha 3 de junio de 2026, orientada al fortalecimiento de conocimientos sobre el marco jurídico y los mecanismos de prevención y control del SARLAFT, SICOF y PTEE. Así mismo, se evidenció la disposición de una pieza gráfica en la página web institucional, como mecanismo de divulgación y sensibilización sobre estas temáticas	Se evidencian oportunidades de mejora en la socialización y divulgación del nuevo PTEE, toda vez que, si bien se cuenta con acciones de capacitación y piezas de comunicación, se requiere ampliar y fortalecer su cobertura a los servidores, colaboradores y demás grupos a quienes resulte aplicable, promoviendo su conocimiento, apropiación y aplicación efectiva	Se recomienda fortalecer la socialización y divulgación del nuevo PTEE, mediante estrategias que permitan ampliar su cobertura a todos los servidores, colaboradores y demás grupos a los que resulte aplicable, complementando las capacitaciones y piezas gráficas existentes con acciones periódicas de sensibilización y comunicación, con el fin de promover su conocimiento, apropiación y aplicación efectiva en la entidad.
11	SICOF	Informe	Oficial de Cumplimiento	¿El Oficial de Cumplimiento informa resultados, eventos, incumplimientos y acciones?	Informe semestral, actas	C	De acuerdo con la programación de las sesiones ordinarias de la Junta Directiva y lo establecido en la Circular JD.021.2025, se encuentra contemplada la presentación semestral, por parte del Oficial de Cumplimiento, del informe de avance en la implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, en los meses de febrero y agosto, en cumplimiento de la Ley 2195 de 2022 y la Circular Externa 053-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud. Así mismo, se establece la presentación semestral del informe de SARLAFT en los meses de febrero y julio, respectivamente, como parte del seguimiento y reporte a la Junta Directiva.		

LISTA DE CHEQUEO – PTEE 2026										
Resultado: C = Cumple | CP = Cumple parcialmente | NC = No cumple | NA = No aplica. Registrar evidencia concreta.										
No.	**Subsistema**	**Componente**	**Criterio / requisito de auditoría**	**Pregunta de verificación**	**Evidencia requerida**	**Resultado**	**Observación / evidencia obtenida**	**Brecha / hallazgo**	**Recomendación**	**Seguimiento brecha 2025**
1	PTEE	Aprobación	Junta Directiva	¿El PTEE fue aprobado por la Junta Directiva y consta en acuerdo de agosto de 2026?	PTEE, acuerdo versión aprobada	C	Se aprobo en Junta Directiva mediante acuerdo 1.02.131.2026 25 de agosto 2026	No Aplica	Actualizarlo en el almera, aunque se cuenta en el acuerdo es importante cargarlo al sistema Almera y de igual manera publicar en la pagina web	Hecho 2026
2	PTEE	Implementación	Puesta en marcha	¿Después de la aprobación se inició la implementación efectiva del PTEE?	Plan de implementación, evidencias	C	Durante el mes de enero de 2026, como primera actividad de la vigencia se identificó la necesidad de fortalecer la articulación de los diferentes procesos que intervienen en la administración de estos subsistemas y realizaron plan de accion, aunque se haya actualizado el documento PTEE el plan de accion se implementa. Aportan plan de accion e informe	No Aplica	Continuar con la implementacion del plan de acción	Hecho 2026
3	PTEE	Política	Política de cumplimiento	¿La política de cumplimiento está aprobada, vigente y articulada con el PTEE?	Política o documento	CP	Se cuenta con el **MANUAL DE POLÍTICAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO "SARLAFT"- GPI-M-003,** el cual tiene como objetivo Establecer, divulgar y dar cumplimiento a las políticas de operación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo "SARLAFT" y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude "SICOF". El cual estaba articulado al PTEE DEP-PR-002 V1	Se identifica como oportunidad de mejora revisar y actualizar el Manual GPI-M-003, verificando su articulación y armonización con el PTEE vigente (DEP-PR-002 V1) y realizando los ajustes que resulten necesarios. Lo anterior, considerando que el Manual registra como fecha de vigencia documental junio de 2026.	Revisar y actualizar el Manual, verificando su correspondencia y armonización con el PTEE vigente. En caso de ser necesario, realizar los ajustes pertinentes. Se observa que la fecha de vigencia documental registrada corresponde a junio de 2026.	Sí
4	PTEE	Riesgos	Matriz	¿El PTEE se fundamenta en una evaluación de riesgos de COF y soborno?	Matriz Riesgos 2026	C	El oficial de cumplimiento realizó informe a corte de junio 2026 en donde verifico el cumplimeinto de los controles identificados para los riegos asociados a la integridad pública. 1.Divulgación no autorizada de información reservada por parte de un colaborador con acceso privilegiado, comprometiendo la confidencialidad del proceso y generando posibles beneficios personales en detrimento de la institucionalidad - Gestión de Mercadeo y Comunicaciones 2.Posibilidad de generar situaciones que faciliten actividades como el lavado de activos, la financiación del terrorismo o el contrabando (SICOF, STRLAFT) o el cumplimiento de requisitos, por el uso inadecuado del poder en los procesos logísticos y de compras para favorecer a terceros - Gestión Logística 3.Otorgamiento de concepto técnico de viabilidad para la adquisición de nuevos componentes tecnológicos haciendo uso inadecuado de su cargo como servidor público, permitiendo la adquisición de equipos que no cumplen con los requerimientos tecnológicos con el fin de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros - Gestión de Tecnologías y la Información.	No Aplica	Realizar seguimiento al cumplimiento de las observaciones y acciones registradas en el informe, verificando que los procesos responsables implementen las medidas correspondientes y que estas sean atendidas de manera efectiva, con el fin de asegurar el cierre adecuado de las situaciones identificadas.	Brecha 2025 prioritaria

No.	Subsistema	Componente	Criterio / requisito de auditoría	Pregunta de verificación	Evidencia requerida	Resultado	Observación / evidencia obtenida	Brecha / hallazgo	Recomendación	Seguimiento brecha 2025
5	PTEE	Riesgos	Cobertura	¿Se superó la cobertura limitada de la matriz 2025 a tres riesgos/procesos?	Matriz actualizada y análisis	CP	Al realizar seguimiento a septiembre en la matriz de riesgos se identifican 4 riesgos en el Almera, catalogados riesgos para la Integridad Pública -SIGRIP asociados a: 1.Fuga/Divulgación no autorizada de información para beneficio personal. 2.Concepto técnico direccionado a cambio de dádivas (Soborno). 3.Apropiación indebida de dinero en efectivo (servicios particulares). 4.Contratación con terceros asociados a LA/FT/FP o fraude.	Se evidencian oportunidades de mejora en la identificación y valoración de riesgos asociados a fraude, corrupción e integridad pública,	Si bien el proceso de Planeación, en su rol como líder de la segunda línea de defensa, ha realizado acompañamiento y orientación a los procesos en materia de gestión de riesgos, se identifica la oportunidad de fortalecer, de manera articulada con los líderes de los procesos, la identificación de riesgos asociados a fraude y corrupción, así como de situaciones que puedan afectar la integridad pública. Lo anterior, considerando que se evidencian oportunidades de mejora en algunos procesos, incluidos procesos críticos que aún no han identificado riesgos relacionados con estas tipologías o factores de riesgo. En este sentido, resulta pertinente aunar esfuerzos para fortalecer el ejercicio de identificación, análisis y valoración de estos riesgos, teniendo en cuenta las particularidades, actividades, puntos vulnerables y posibles conflictos de interés inherentes a cada proceso, de manera que la gestión de riesgos contribuya efectivamente a la prevención y mitigación de situaciones que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y el interés general.	Brecha 2025 prioritaria
6	PTEE	Riesgos	Formulación	¿Los riesgos están adecuadamente redactados, con causas y consecuencias?	Matriz y metodología	CP	Se determinó que el requisito se cumple parcialmente, debido a que, si bien los riesgos cuentan con los elementos conceptuales, es necesario realizar ajustes de redacción y estructuración.	Debilidad en la redacción del riesgo **Nota: En la matriz seguimiento a riesgos es el detalle del seguimiento y recomendaciones**	Se recomienda reordenar la secuencia del texto para alinearlo con (Evento + Causa + Consecuencia), precisando con mayor claridad el origen de la falla y evitando iniciar la formulación del riesgo desde el impacto.	Brecha 2025
7	PTEE	Riesgos	Medición	¿Existe soporte de probabilidad, impacto, riesgo inherente y residual?	Matriz y soportes	C	Se evidencia que los riesgos se encuentran cargados en Almera con sus valoraciones de impacto y probabilidad. El mapa de calor visualiza claramente la evolución del riesgo inherente al riesgo residual tras la aplicación de los controles evaluados.		No Aplica	Sí

No.	Subsistema	Componente	Criterio / requisito de auditoría	Pregunta de verificación	Evidencia requerida	Resultado	Observación / evidencia obtenida	Brecha / hallazgo	Recomendación	Seguimiento brecha 2025
8	PTEE	Controles	Diseño	¿Los controles PTEE tienen responsable, periodicidad, propósito, ejecución, evidencia y tratamiento de desviaciones?	Matriz de controles	CP	Si bien los controles existen, se evidencia la necesidad de fortalecer su oportunidad, periodicidad y la claridad en las actividades de verificación, garantizando que estén directamente alineados con las causas de los riesgos y permitan una mitigación efectiva y medible de los mismos.	Como resultado del seguimiento realizado al diseño de los controles, se identificaron algunas debilidades estructurales y operativas en su formulación. **Nota: En la matriz seguimiento a riesgos es el detalle del seguimiento y recomendaciones**	Se recomienda revisar la hoja de recomendaciones para los controles	Sí
9	PTEE	Responsable	Funciones	¿Están formalmente asignadas las facultades y funciones para diseño, implementación y ejecución del PTEE?	Acuerdo - PTEE	C	En el PTEE contiene formalmente los roles y responsabilidades asignados para el diseño, implementación, ejecución y seguimiento del PTEE/PTEP. 1. Gobernanza Directiva y Estratégica (Artículo 13, numerales 1 y 2) Junta Directiva y Gerencia. 2.Administración y Coordinación del Programa (Artículo 13, numeral 3) - Oficial de Cumplimiento. 3.Ejecución y Gestión de Proceso (Artículo 13, numerales 4 y 11) - Líderes de Proceso,Servidores Públicos, Contratistas y Colaboradores. 4.Áreas Especializadas de Apoyo (Artículo 13, numerales 5 al 9) - Talento Humano,Planeación y Gestión del Riesgo,Gestión Jurídica y Contratación,Atención al Usuario, Participación y Comunicaciones,Sistemas de Información y Gestión Documental. 5.Evaluación Independiente y Terceros -Control Interno y Proveedores, Aliados y Terceros.	No Aplica	Se recomienda socializar con los responsables del PTEE las funciones y responsabilidades asignadas, con el fin de que sean conocidas, comprendidas y tenidas en cuenta durante su implementación. Así mismo, se considera pertinente establecer mecanismos de seguimiento que permitan verificar periódicamente el cumplimiento de dichas responsabilidades y la adopción oportuna de las acciones requeridas para su adecuada implementación.	Sí
10	PTEE	Monitoreo	Seguimiento - Evaluación	¿Se encuentra programada/realizada la evaluación anual del cumplimiento del PTEE?	Plan de trabajo e informe	C	Se evidenció que el Oficial de Cumplimiento ha presentado ante la Junta Directiva los informes de seguimiento correspondientes a la implementación del PTEE, reportando en febrero de 2026 los resultados del segundo semestre de 2025 y en agosto de 2026 los correspondientes al primer semestre de 2026. Así mismo, de acuerdo con el Plan Anual de Auditorías, la Oficina Asesora de Control Interno tenía programada la realización de una evaluación independiente al PTEE, actividad que actualmente se encuentra en curso como parte del presente seguimiento	No Aplica	No Aplica	Sí
11	PTEE	Denunciantes	Protección	¿Existe y se aplica un procedimiento o política de protección a denunciantes?	Política o Procedimiento	CP	La entidad cuenta con el Protocolo para la Gestión de Denuncias GJC-PT-001 v.1, el cual establece en su numeral 8.7 las medidas para la protección de los denunciantes, entre ellas la reserva de identidad, el acceso restringido al expediente, la habilitación de canales anónimos, la prohibición de represalias y otras medidas de protección. No obstante, al verificar el botón de Anticorrupción dispuesto en la página institucional, se evidenció que el formulario actualmente no contempla la opción para presentar denuncias de manera anónima.	Se identifica una oportunidad de mejora orientada a armonizar el canal dispuesto en la página web con lo establecido en el Protocolo, incorporando la opción de denuncia anónima y fortaleciendo así las condiciones para que cualquier persona pueda reportar presuntos actos que puedan afectar la integridad pública, garantizando las medidas de protección previstas por la entidad.	Se recomienda ajustar y fortalecer el canal de denuncias dispuesto en la página web, incorporando la opción de presentación anónima y garantizando su correspondencia con las medidas de protección establecidas en el Protocolo para la Gestión de Denuncias	Brecha 2025

No.	Subsistema	Componente	Criterio / requisito de auditoría	Pregunta de verificación	Evidencia requerida	Resultado	Observación / evidencia obtenida	Brecha / hallazgo	Recomendación	Seguimiento brecha 2025
12	PTEE	Denuncias	Canales	¿Existen canales confidenciales y seguros para reportar incumplimientos y actividades sospechosas?	Canales, protocolo, registros	C	La entidad cuenta con el Boton Anticorrupcion dispuesto en la pagina Web, Correo electronico.	No Aplica	Se recomienda fortalecer y mantener de manera continua la divulgación de los canales de denuncia disponibles, mediante piezas gráficas, comunicaciones y demás estrategias de sensibilización, orientadas a promover la cultura de integridad y transparencia. Así mismo, se sugiere armonizar estas acciones con temas relacionados con conflictos de interés, fraude, corrupción e integridad pública, de manera que los servidores y colaboradores conozcan claramente qué situaciones pueden reportar, cuáles son los canales disponibles y cómo realizar una denuncia, incluyendo las garantías y medidas de protección previstas por la entidad.	Sí
13	PTEE	Capacitación	Formación	¿Se ejecutó capacitación interna del PTEE ?	Plan, asistencia, contenidos	C	Se evidenció la realización de una jornada de capacitación registrada mediante Acta de Reunión No. 203.1.28.117.2026, de fecha 3 de junio de 2026, cuyo objetivo fue fortalecer el conocimiento sobre el marco jurídico, las obligaciones y los mecanismos de prevención y control del SARLAFT, SICOF y PTEE en la entidad, como parte de las acciones orientadas al fortalecimiento de la gestión y cultura de prevención de riesgos.	No Aplica	Se recomienda fortalecer la socialización y divulgación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, teniendo en cuenta que fue aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo en agosto de 2026, con el propósito de asegurar su conocimiento y apropiación por parte de todos los servidores, colaboradores y demás actores a quienes les resulte aplicable, promoviendo así su implementación efectiva y el fortalecimiento de la cultura de integridad y transparencia en la entidad.	Hecho 2026
14	PTEE	Capacitación	Cobertura	¿La capacitación alcanza funcionarios/colaboradores y terceros que corresponda?	Cobertura y registros	CP	Se evidenció la realización de una capacitación dirigida al personal interno, documentada mediante Acta de Reunión No. 203.1.28.117.2026, de fecha 3 de junio de 2026, orientada al fortalecimiento de conocimientos sobre el marco jurídico y los mecanismos de prevención y control del SARLAFT, SICOF y PTEE. Así mismo, se evidenció la disposición de una pieza gráfica en la página web institucional, como mecanismo de divulgación y sensibilización sobre estas temáticas	Se evidencian oportunidades de mejora en la socialización y divulgación del nuevo PTEE, toda vez que, si bien se cuenta con acciones de capacitación y piezas de comunicación, se requiere ampliar y fortalecer su cobertura a los servidores, colaboradores y demás grupos a quienes resulte aplicable, promoviendo su conocimiento, apropiación y aplicación efectiva	Se recomienda fortalecer la socialización y divulgación del nuevo PTEE, mediante estrategias que permitan ampliar su cobertura a todos los servidores, colaboradores y demás grupos a los que resulte aplicable, complementando las capacitaciones y piezas gráficas existentes con acciones periódicas de sensibilización y comunicación, con el fin de promover su conocimiento, apropiación y aplicación efectiva en la entidad.	Sí

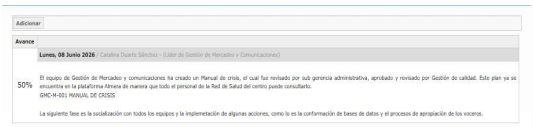
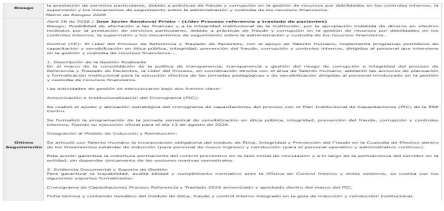
No.	Subsistema	Componente	Criterio / requisito de auditoría	Pregunta de verificación	Evidencia requerida	Resultado	Observación / evidencia obtenida	Brecha / hallazgo	Recomendación	Seguimiento brecha 2025
15	PTEE	Comunicaciones	Divulgación	¿El PTEE fue divulgado y se encuentra disponible para las partes interesadas pertinentes?	Publicación, comunicaciones	C	Se evidenció que en la página web institucional y en la plataforma Almera se encuentra disponible para consulta el Acuerdo No. 1.02.063.2023 del 13 de diciembre de 2023, mediante el cual se aprobó el Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE.		Se recomienda actualizar la información disponible en la plataforma Almera y en la página web institucional, incorporando el nuevo Acuerdo mediante el cual se aprobó el PTEE, así como su versión vigente y el plan de implementación correspondiente, con el fin de garantizar que la información publicada y disponible para consulta se encuentre actualizada, armonizada y acorde con los documentos actualmente vigentes.	Sí
16	PTEE	Informes	Responsable / OC	¿Se emiten informes sobre gestión, implementación, incumplimientos y acciones?	Informes y actas	C	De acuerdo con la programación de las sesiones ordinarias de la Junta Directiva y lo establecido en la Circular JD.021.2025, se encuentra contemplada la presentación semestral, por parte del Oficial de Cumplimiento, del informe de avance en la implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, en los meses de febrero y agosto, en cumplimiento de la Ley 2195 de 2022 y la Circular Externa 053-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud. Así mismo, se establece la presentación semestral del informe de SARLAFT en los meses de febrero y julio, respectivamente, como parte del seguimiento y reporte a la Junta Directiva.	No Aplica	No Aplica	Brecha 2025
17	PTEE	Junta Directiva	Seguimiento	¿La Junta realizó seguimiento a la implementación y a las recomendaciones del responsable/Oficial de Cumplimiento?	Actas y compromisos	C	De acuerdo con la programación de las sesiones ordinarias de la Junta Directiva y lo establecido en la Circular JD.021.2025, se encuentra contemplada la presentación semestral, por parte del Oficial de Cumplimiento, del informe de avance en la implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, en los meses de febrero y agosto, en cumplimiento de la Ley 2195 de 2022 y la Circular Externa 053-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud. Así mismo, se establece la presentación semestral del informe de SARLAFT en los meses de febrero y julio, respectivamente, como parte del seguimiento y reporte a la Junta Directiva.	No Aplica	No Aplica	Sí

SEGUIMIENTO A BRECHAS IDENTIFICADAS EN 2025

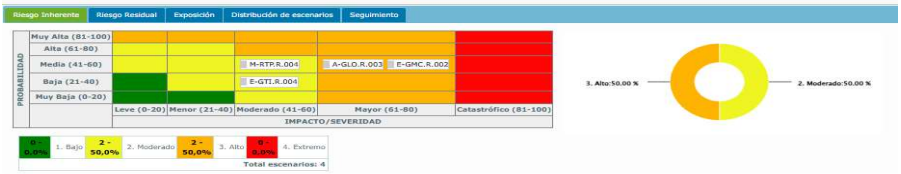
Subsistema	Brecha / aspecto identificado en 2025	Evidencia de cierre	Estado 2026	Prioridad
SICOF	Solo se habían definido 3 riesgos COF en 2025.	Se identificaron y mejoraron pero aun falta cobertura	En proceso	Alta
SICOF	No se evidenciaban soportes suficientes de medición de probabilidad e impacto.	En el Almera los riesgos tienen la valoracion	Cerrada	Alta
SICOF	Controles con atributos incompletos.	Se evidencia mejora pero hay detalles en el diseño de controles por mejorar	En proceso	Alta
SICOF	No se evidenciaba monitoreo periódico suficiente.	Informes presentados	Cerrada	Alta
SICOF	No se evidenciaban procedimientos específicos.	No se videncian procedimientos formalizados	Pendiente	Media
PTEE	Matriz limitada a 3 riesgos/procesos.	Se identificaron y mejoraron pero aun falta cobertura	En proceso	Alta
PTEE	Redacción de riesgos no alineada con metodología.	Se evidencia mejora pero hay detalles en el diseño de riesgos por mejorar	En proceso	Alta
PTEE	No se evidenciaban informes del responsable.	Informes presentados	Cerrada	Media
PTEE	No se evidenciaba política formal de protección a denunciantes.	Política formalizada	Cerrada	Alta
PTEE	Capacitación no plenamente soportada.	Plan, asistencia, evaluación.	En proceso	Media
SARLAFT	Se identificaron aspectos por fortalecer en seguimiento de operaciones y consolidación de operaciones en efectivo.	Reportes y conciliaciones.	Cerrada	Alta
SARLAFT	Seguimiento a informes del Oficial de Cumplimiento.	Informes Presentados	Cerrada	Alta

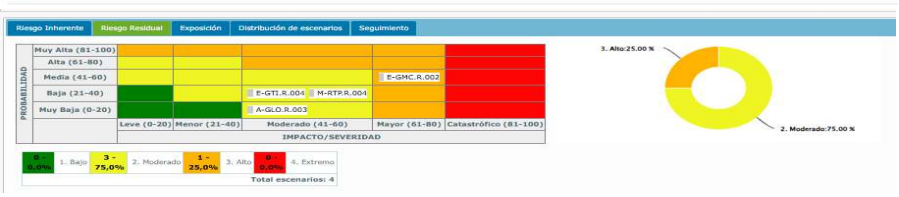
Riesgos identificados			Evaluacion al diseño del riesgo		
Proceso Evaluado	**Riesgo Identificado**	**Rnfoque del riesgo - Qúe Mitigar**	**Subsistema / Marco a Auditar**	**¿Los riesgos están adecuadamente redactados, con causas y consecuencias?**	**¿Existe soporte de probabilidad, impacto, riesgo inherente y residual?**
03. Mercadeo y Comunicaciones	Divulgación no autorizada de información reservada por parte de un colaborador con acceso privilegiado, comprometiendo la confidencialidad del proceso y generando posibles beneficios personales en detrimento de la institucionalidad.	Fuga/Divulgación no autorizada de información para beneficio personal.	• Opacidad y Fraude • PTEE (Ética/Confidencialidad)	Si	Si
04. Tecnologías y la Información	Posibilidad de afectación económica y reputacional por corrupción (soborno entrante), debido al otorgamiento irregular del concepto técnico de viabilidad para la adquisición de componentes tecnológicos que no cumplen con las especificaciones o necesidades institucionales, causado por la búsqueda u obtención de beneficios personales o para terceros, el abuso del cargo y la falta de segregación de funciones en la validación técnica de los requerimientos.	Concepto técnico direccionado a cambio de dádivas (Soborno).	• PTEE (Conflicto de interés y soborno) • Opacidad y Corrupción	Si	Si
10. Referencia y Traslado	Posibilidad de afectación a las finanzas y a la integridad institucional de la institución, por la apropiación indebida de dineros en efectivo recibidos por la prestación de servicios particulares, debido a prácticas de fraude y corrupción en la gestión de recursos por debilidades en los controles internos, la supervisión y los mecanismos de seguimiento sobre la administración y custodia de los recursos financieros.	Apropiación indebida de dinero en efectivo (servicios particulares).	• Fraude Interno • SICOF (Manejo de recursos)	Si	Si

Controles establecidos por los procesos	Evaluacion al diseño del Control						
Controles	**Responsables**	**Periodicidad**	**Propósito**	**Ejecución**	**Evidencia**	**Tratamiento de Desviaciones**	**Calificación General**
Control de Revisión y Aprobación de Contenidos: El líder del proceso de gestión de mercadeo y comunicaciones, responsable del componente informativo, supervisa y gestiona la aprobación de todos los contenidos antes de su publicación, garantizando la protección de información reservada y el cumplimiento de los lineamientos de confidencialidad institucional. La revisión se realiza de manera periódica, validando la pertinencia y seguridad de los datos incluidos. En caso de inconsistencias o riesgos detectados, el contenido será devuelto para ajuste o corrección. Si no es viable realizar modificaciones sin comprometer la seguridad de la información, la publicación será eliminada. Como evidencia de este control, se registra la gestión (brief aprobado) con el responsable de la información, documentando cualquier inconsistencia identificada y las acciones correctivas aplicadas.	SÍ (Líder de gestión de mercadeo y comunicaciones)	SÍ (Previo a evento - Antes de publicación / Periódica)	SÍ (Garantizar protección de información reservada y confidencialidad)	SÍ (Supervisa y gestiona aprobación)	SÍ (Brief aprobado registrado)	SÍ (Devolución para ajuste o eliminación de publicación si no es viable modificar)	**CUMPLE TOTALMENTE (6/6)**
Control de Planificación y Respuesta en Comunicación de Crisis: El líder de gestión de mercadeo y comunicaciones elaborará y hará seguimiento al plan para la gestión de comunicaciones en situaciones de crisis, a fin de contar con criterios claros para la identificación, respuesta y mitigación de incidentes críticos. Este plan deberá incluir escalamientos internos, mensajes prediseñados, responsables de ejecución, canales de difusión oficiales y tiempos de respuesta óptimos. Evidencia: Documento actualizado y socializado.	SÍ (Líder de gestión de mercadeo y comunicaciones)	PARCIAL (No especifica frecuencia de actualización o seguimiento)	SÍ (Contar con criterios claros de respuesta y mitigación de incidentes)	SÍ (Elaboración y seguimiento al plan con escalamientos e instructivos)	SÍ (Documento actualizado y socializado)	NO (No especifica qué hacer si se incumple el plan o se presentan fallas)	**CUMPLE PARCIALMENTE (4/6)**
La Líder del proceso de Gestión de Tecnologías y la Información y el Profesional de Apoyo de la Oficina de TIC realizan la verificación técnica cruzada de los requerimientos de la compra de componentes tecnológicos, mediante el diligenciamiento y firma del formato GLO-F-006 - Justificacion tecnica para la adquisicion de bienes o servicios, con el fin de garantizar la objetividad en la selección del equipamiento, evitar la concentración de la decisión en un solo servidor y prevenir actos de favoritismo o soborno en la contratación institucional. Evidencia: Lista de chequeo / concepto técnico.	SÍ (Líder de TIC y Profesional de Apoyo de TIC)	PARCIAL (Se asume previa a la compra, pero no está explícitamente redactada)	PARCIAL (No está explícito, aunque se infiere validar especificaciones)	SÍ (Verificación técnica cruzada)	NO (No indica acta, formato o ficha técnica firmada)	NO (No indica qué hacer si la verificación resulta no conforme)	**CUMPLE PARCIALMENTE (2/6)**
El Líder del Proceso de Referencia y Traslado de Pacientes, con el apoyo de Talento Humano, realiza verificaciones de antecedentes disciplinarios, fiscales, penales y de inhabilidades del personal con acceso al manejo de efectivo, previo a su vinculación y durante la relación laboral, con el fin de prevenir riesgos de fraude y corrupción, contando como evidencia con los certificados oficiales y registros de verificación archivados en la hoja de vida del servidor, y con una frecuencia de aplicación previa a la vinculación y de manera periódica anual.	SÍ (Líder de Referencia y Traslado con apoyo de Talento Humano)	PARCIAL (Se infiere antes de la vinculación, pero no está explícito)	SÍ (Prevenir la vinculación de personal inhabilitado)	SÍ (Verificación de antecedentes disciplinarios, fiscales, penales e inhabilidades)	NO (No señala el certificado guardado o carpeta de hoja de vida)	NO (No define la ruta si la persona registra antecedentes o inhabilidades)	**CUMPLE PARCIALMENTE (3/6)**
El Líder del Proceso de Referencia y Traslado de Pacientes, con el apoyo de Talento Humano, implementa programas periódicos de capacitación y sensibilización en ética pública, integridad, prevención del fraude, corrupción y controles internos, dirigidos al personal que interviene en la gestión y custodia de recursos financieros, con evidencia en planes de capacitación, listas de asistencia y evaluaciones de aprendizaje, y una frecuencia de ejecución semestral y en procesos de inducción y reinducción.	SÍ (Líder de Referencia y Traslado con apoyo de Talento Humano)	PARCIAL (Menciona "periódicos", pero no fija frecuencia mensual/semestral)	SÍ (Ética pública, integridad y prevención del fraude)	SÍ (Implementación de programas de capacitación y sensibilización)	NO (No menciona lista de asistencia, evaluaciones o registros)	NO (No indica qué hacer si la cobertura de asistencia es baja)	**CUMPLE PARCIALMENTE (3/6)**

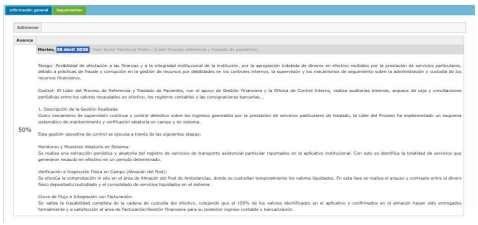
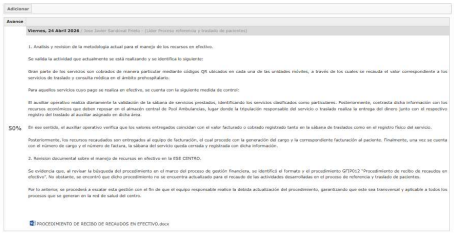
Seguimiento por parte del proceso		Seguimiento realizado por OACI frente a los controles vigentes	
Seguimiento subida en Almera	**Evidencia en el Almera**	**Seguimiento Cumplimiento de controles**	**Recomendaciones**
Junio 30 de 2026 / Catalina Duarte Sánchez - (Líder de Gestión de Mercadeo y Comunicaciones) Se adjunta el historico de las actividades realizadas por el equipo de comunicaciones en el primer semestre de 2026. Todos los regisyros, los temas y la autorización de laLíder del equipo de Gestión de mercadeo y comunicaciones		El listado de actividades de la Gestión de Mercadeo y Comunicaciones es un insumo válido de trazabilidad pero incompleto por sí solo, ya que verifica la aprobación del líder pero omite campos clave como el enlace al brief firmado, la verificación explícita de confidencialidad/reserva de datos y el registro de inconsistencias o acciones correctivas aplicadas frente a contenidos devueltos o rechazados	Se recomienda complementar la herramienta excel de seguimiento incorporando columnas específicas para controlar el riesgo de confidencialidad y el tratamiento de desviaciones, respaldándola con la carpeta digital de los briefs aprobados
08 Junio 2026 - El equipo de Gestión de Mercadeo y comunicaciones ha creado un Manual de crisis, GMC-M-001 MANUAL DE CRISIS el cual fue revisado por sub gerencia administrativa, aprobado y revisado por Gestión de calidad. Este plan ya se encuentra en la plataforma Almera de manera que todo el personal de la Red de Salud del centro puede consultarlo. La siguiente fase es la socialización con todos los equipos y la implemetación de algunas acciones, como lo es la conformación de bases de datos y el procesos de apropiación de los voceros.		Se evidenció que el Manual de Crisis GMC-M-001,el cual se encuentra dispuesto en la plataforma Almera para consulta del personal de la Red de Salud del Centro E.S.E.	Se recomienda fortalecer la implementación del Manual de Crisis mediante su socialización con los equipos de trabajo para la apropiación de los voceros para la atención de situaciones de crisis.
Julio 24 de 2026 -El control se ejecutó de manera adecuada durante el trimestre evaluado, garantizando que la totalidad de las adquisiciones y renovaciones de componentes tecnológicos contaran con el respectivo concepto técnico de viabilidad, mitigando así el riesgo de adquisición de equipos que no cumplan con los requerimientos tecnológicos institucionales		Durante el segundo trimestre de 2026 se gestionaron diez (10) requisiciones de compra de tecnología, para las cuales Gestión de Tecnologías y la Información verificó las especificaciones técnicas y emitió los respectivos conceptos de viabilidad o vistos buenos, garantizando su correspondencia con las necesidades institucionales. La gestión y contacto con los proveedores de compra corresponde a Gestión Logística, mientras que Gestión de Tecnologías y la Información asegura la validación técnica requerida para la adquisición de bienes y servicios tecnológicos. Así mismo, se realiza seguimiento técnico a los componentes de software y licenciamiento asociados a los aplicativos institucionales.	Se recomienda estructurar mejor el control atendiendo las recomendaciones.
El lider registro seguimiento en el almera registrando que realizo la verificación de antecedentes disciplinarios, fiscales, penales y de inhabilidades del personal con acceso al manejo de efectivo, previo a su vinculación y de manera periódica.		Durante el primer semestre de 2026 se realizaron 24 verificaciones de antecedentes como parte de las acciones de prevención y mitigación del riesgo, correspondientes a 14 personas vinculadas durante el primer y segundo trimestre, 5 colaboradores con funciones de custodia y 5 colaboradores del proceso de recaudo, mediante verificaciones previas, periódicas y aleatorias. En todos los casos los resultados no presentaron novedades. Los certificados de antecedentes se encuentran disponibles y archivados en las respectivas hojas de vida y carpetas institucionales, como soporte de las verificaciones realizadas.	Se recomienda estructurar mejor el control atendiendo las recomendaciones.
En el seguimiento realizado se evidenció que, en la plataforma ALMERA, el proceso tenía programada su reunión correspondiente al mes de agosto; sin embargo, debido al sismo ocurrido en la ciudad, la actividad debió ser reprogramada y se llevó a cabo formalmente el día 04 de septiembre. Frente a esta novedad, se elevó la consulta formal al líder del proceso aportando las evidencias respectivas para respaldar la reprogramación y la efectiva ejecución de la sesión.		En el seguimiento realizado se evidenció que el proceso llevó a cabo una reunión el 04 de septiembre, registrada en el Acta de Reunión N.° 303.1.18.027.2026 correspondiente a la «Reunión de Proceso - Reuniones Proceso Referencia y Traslado de Pacientes». Durante dicha sesión, se socializaron los aspectos clave sobre la gestión integral de riesgos y la caracterización de los riesgos inherentes al proceso.	Se recomienda estructurar mejor el control atendiendo las recomendaciones.

Riesgos identificados			Evaluacion al diseño del riesgo		
Proceso Evaluado	**Riesgo Identificado**	**Rnfoque del riesgo - Qúe Mitigar**	**Subsistema / Marco a Auditar**	**¿Los riesgos están adecuadamente redactados, con causas y consecuencias?**	**¿Existe soporte de probabilidad, impacto, riesgo inherente y residual?**
10. Referencia y Traslado	Posibilidad de afectación a las finanzas y a la integridad institucional de la institución, por la apropiación indebida de dineros en efectivo recibidos por la prestación de servicios particulares, debido a prácticas de fraude y corrupción en la gestión de recursos por debilidades en los controles internos, la supervisión y los mecanismos de seguimiento sobre la administración y custodia de los recursos financieros.	Apropiación indebida de dinero en efectivo (servicios particulares).	• Fraude Interno • SICOF (Manejo de recursos)	Si	Si
16. Gestión Logística	Posibilidad de afectación legal, económica y reputacional para la Red de Salud Centro E.S.E., por la celebración de contratos o adquisiciones con personas naturales o jurídicas vinculadas a actividades de lavado de activos, financiación del terrorismo, contrabando o fraude, debido a deficiencias en los procesos de debida diligencia, validación de proveedores y aplicación de los controles establecidos en los sistemas SICOF y SARLAFT.	Contratación con terceros asociados a LA/FT/FP o fraude.	• SARLAFT / SICOF • PTEE (Debida Diligencia)	Si	Si





Controles establecidos por los procesos	Evaluacion al diseño del Control						
Controles	Responsables	Periodicidad	Propósito	Ejecución	Evidencia	Tratamiento de Desviaciones	Calificación General
El Líder del Proceso de Referencia y Traslado de Pacientes, con el apoyo de Gestión Financiera y la Oficina de Control Interno, realiza auditorías internas, arqueos de caja y conciliaciones periódicas entre los valores recaudados en efectivo, los registros contables y las consignaciones bancarias, con el propósito de identificar oportunamente inconsistencias, irregularidades o desviaciones en el manejo de los recursos financieros, con evidencia documentada en informes de auditoría, actas de arqueo y conciliaciones firmadas, y una frecuencia de aplicación trimestral o de acuerdo con el nivel de criticidad del proceso.	SÍ (Líder de Referencia, Gestión Financiera y Control Interno)	PARCIAL (Menciona "periódicas" sin definir si es mensual o trimestral)	SÍ (Verificación y control entre valores cobrados y recaudados)	SÍ (Auditorías internas, arqueos de caja y conciliaciones)	NO (No indica el acta de arqueo o informe de conciliación)	NO (No indica el trámite si hay faltantes de caja o inconsistencias)	**CUMPLE PARCIALMENTE (3/6)**
El Líder del Proceso de Referencia y Traslado de Pacientes, con el apoyo de Gestión Jurídica y Control Interno, aplica procedimientos formalizados para la investigación de sospechas de apropiación indebida de recursos, incluyendo pasos definidos, responsables, plazos, medidas disciplinarias, protocolos legales para la recuperación de fondos y el reporte a las autoridades competentes, con evidencia en informes de investigación, actas de comités, decisiones disciplinarias, procesos de cobro y comunicaciones oficiales, y una frecuencia de aplicación inmediata ante la identificación de alertas, hallazgos o denuncias.	SÍ (Líder de Referencia, Gestión Jurídica y Control Interno)	SÍ (Previo a evento / Ante sospecha reportada)	SÍ (Investigar y esclarecer sospechas de apropiación indebida de recursos)	SÍ (Aplicación de procedimientos formalizados con pasos y medidas)	PARCIAL (Menciona "pasos definidos", pero no explicita el informe final de investigación)	SÍ (Sujeto al procedimiento formalizado de medidas correctivas)	**CUMPLE AMPLIAMENTE (5/6)**
El Líder de Gestión Logística verificará, antes de cada contratación o compra, la información del proveedor mediante consultas en listas restrictivas y demás mecanismos del SARLAFT/SICOF, con el fin de prevenir la vinculación con terceros que representen riesgos para la entidad. Como evidencia, se conservan los soportes de consulta en listas restrictivas	SÍ (Líder de Gestión Logística)	SÍ (Antes de cada contratación o compra)	SÍ (Prevenir vinculación con terceros que representen riesgos para la entidad)	SÍ (Consulta en listas restrictivas y mecanismos SARLAFT/SICOF)	SÍ (Conservación de soportes de consulta en listas restrictivas)	NO (No indica qué hacer si el proveedor sale reportado en listas)	**CUMPLE AMPLIAMENTE (5/6)**
El Líder del Proceso de Gestión Logística, con apoyo del Oficial de Cumplimiento, realiza la debida diligencia reforzada a los proveedores clasificados como de alto riesgo, previo a su contratación, verificando su idoneidad jurídica, técnica, operativa y el cumplimiento de los requisitos institucionales establecidos. Como evidencia se debe conservar el formato diligenciado GJC-F-013	SÍ (Líder de Gestión Logística y Oficial de Cumplimiento)	SÍ (Previo a la contratación)	SÍ (Verificar idoneidad jurídica, técnica, operativa y requisitos)	SÍ (Debida diligencia reforzada)	SÍ (Formato diligenciado GJC-F-013)	NO (No indica la acción a tomar si el proveedor no supera la debida diligencia)	**CUMPLE AMPLIAMENTE (5/6)**

Seguimiento por parte del proceso		Seguimiento realizado por OACI frente a los controles vigentes	
Seguimiento subida en Almera	**Evidencia en el Almera**	**Seguimiento Cumplimiento de controles**	**Recomendaciones**
28 Abril 2026 - Como mecanismo de supervisión continua y control detectivo sobre los ingresos generados por la prestación de servicios particulares de traslado, la Líder del Proceso ha implementado un esquema sistemático de mantenimiento y verificación aleatoria en campo y en sistema.		En el seguimiento realizado se evidenció que el proceso reportó un avance en el mes de abril indicando la ejecución de arqueos de caja; sin embargo, no se identificaron documentos soporte ni evidencias objetivas que verifiquen dicha revisión. Al respecto, es necesario precisar que la política institucional establece una periodicidad trimestral para estos seguimientos, encontrándose pendiente la entrega correspondiente al segundo trimestre.	Se recomienda reevaluar el diseño del control, toda vez que la Oficina de Control Interno realiza sus evaluaciones de forma independiente —de acuerdo con lo programado en el PAA de manera semestral. En consecuencia, no resulta procedente incluir a la Oficina de Control Interno dentro de los controles de la primera línea de defensa, garantizando así la debida segregación de funciones e independencia de la evaluación posterior.
24-Abril - El 24 de abril de 2026, el líder del proceso, Jose Javier Sandoval Prieto, reportó la revisión del flujo de recaudos en efectivo por servicios particulares, detallando el control diario de conciliación entre la sábana de traslados, el dinero entregado por las tripulaciones en el almacén central y la posterior facturación. Adicionalmente, identificó que el procedimiento institucional GFIP012 "Procedimiento de recibo de recaudos en efectivo" se encuentra desactualizado y no aplica formalmente a la operación de Referencia y Traslado de Pacientes, por lo que gestionó su revision y actualizacion para la respectiva actualización normativa.		Al evaluar la ejecución del control en el segundo trimestre, no se evidenció avance alguno. De igual forma, se recomienda revisar y redefinir los responsables asignados para su ejecución; en primer lugar, la Oficina Asesora Jurídica no actúa como responsable directo de la operación del control, dado que ante un eventual caso por presunto acto de corrupción lo procedente es aplicar el procedimiento institucional vigente para la gestión de denuncias o faltas disciplinares. En segundo lugar, se precisa que la Oficina de Control Interno tampoco debe estar relacionada en la ejecución del control ni en la actualización del diseño del procedimiento, respetando el principio de independencia y garantizando que la responsabilidad sobre el diseño y la adopción de los controles recaiga estrictamente en la primera y segunda línea de defensa.	Rediseñar el control para asignar la responsabilidad a los roles operativos del proceso (Primera Línea de Defensa), excluyendo a la Oficina Asesora Jurídica y a Control Interno de su ejecución para preservar la segregación de funciones y la independencia de evaluación
Julio 27 de 2026 / Martha Liliana Ortega Durante el periodo comprendido entre abril y junio, el Líder de Gestión de Insumos verificó que, antes del inicio de cada proceso de contratación o compra, se hubieran efectuado las consultas de los proveedores en las listas restrictivas del SARLAFT/SICOF y que los soportes de dichas validaciones estuvieran incorporados en la respectiva carpeta contractual.		Se verificó que el proceso realiza la consulta previa de proveedores en listas restrictivas y demás mecanismos del SARLAFT/SICOF antes de formalizar contrataciones o compras, previniendo el ingreso de terceros que generen riesgo a la entidad. Como respaldo de esta gestión, el proceso aporta de manera oportuna los soportes documentales correspondientes a cada verificación.	Ajustar el diseño del control incorporando el atributo de desviación, donde se defina explícitamente el protocolo de actuación y escalamiento en caso de que un proveedor o contratista figure en las listas restrictivas (SARLAFT/SICOF)
El 03 de agosto de 2026, la referente del proceso reportó la aprobación del Formato de Verificación de Requisitos Precontractuales para Órdenes de Compra (debida diligencia para proveedores de alto riesgo) por parte de la Subgerencia Administrativa y Financiera. Dicho instrumento se envió a Gestión de Calidad para su codificación y cargue en ALMERA como documento de obligatorio cumplimiento precontractual.		En el seguimiento realizado se verificó el efectivo cargue y publicación del documento en la plataforma ALMERA, lo cual formaliza su codificación en el Sistema Integrado de Gestión y habilita su inmediata implementación y aplicación obligatoria dentro del proceso.	Se sugiere revisar el diseño del control e incorporar de manera explícita el atributo de desviación, especificando la acción a seguir en caso de que el proveedor de alto riesgo no supere la debida diligencia.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE REDACCIÓN DE RIESGOS						
Análisis de Estructura: Riesgo (Evento) + Causa (Origen) + Consecuencia (Impacto) & Recomendaciones de Mejora						
No.	**Riesgo Original Evaluado**	**¿Tiene Causa?**	**¿Tiene Consecuencia?**	**Redacción**	**Análisis Detallado**	**Propuesta de Redacción Ajustada**
1	Divulgación no autorizada de información reservada por parte de un colaborador con acceso privilegiado, comprometiendo la confidencialidad del proceso y generando posibles beneficios personales en detrimento de la institucionalidad.	**Parcial / Incompleta**	**Sí**	**Requiere Ajuste**	• Evento: Divulgación no autorizada de información reservada. • Causa identificada: 'Por parte de un colaborador con acceso privilegiado' (menciona el actor, pero no la vulnerabilidad o falla de control, como falta de acuerdos de confidencialidad, controles de acceso o supervisión). • Consecuencia identificada: Compromiso de la confidencialidad, obtención de beneficios personales y detrimento de la institucionalidad. • Diagnóstico: El evento está claro, pero la causa debe precisar el origen/falta de control.	Posibilidad de divulgación no autorizada de información reservada o confidencial (Evento), debido a la falta de controles de acceso, escasa supervisión y deficiencias en Acuerdos de Confidencialidad de colaboradores con accesos privilegiados (Causa), lo que puede generar pérdida de confidencialidad, aprovechamiento para beneficio personal y afectación reputacional e institucional (Consecuencia).
2	Posibilidad de afectación económica y reputacional por corrupción (soborno entrante), debido al otorgamiento irregular del concepto técnico de viabilidad para la adquisición de componentes tecnológicos que no cumplen con las especificaciones o necesidades institucionales, causado por la búsqueda u obtención de beneficios personales o para terceros, el abuso del cargo y la falta de segregación de funciones en la validación técnica de los requerimientos.	**Sí (completa)**	**Sí (Presente al inicio)**	**Redacción Invertida / Ajustar Orden**	• Evento: Otorgamiento irregular del concepto técnico de viabilidad para la adquisición de componentes tecnológicos no conformes. • Causa identificada: Búsqueda de beneficios personales/terceros, abuso del cargo y falta de segregación de funciones en la validación técnica. • Consecuencia identificada: Afectación económica, reputacional e incorporación de tecnología no idónea. • Diagnóstico: Tiene todos los elementos, pero la redacción está 'al revés' (inicia por la consecuencia). Se recomienda reordenar a la fórmula Estándar: [Posibilidad de + Evento] + [Debido a / Causado por + Causa] + [Lo que genera / Generando + Consecuencia].	Posibilidad de otorgamiento irregular del concepto técnico de viabilidad en la adquisición de componentes tecnológicos no conformes (Evento), debido al abuso del cargo, conflicto de interés, búsqueda de beneficios indebidos y falta de segregación de funciones en la validación técnica (Causa), lo que genera afectación económica, reputacional e ingreso de bienes que no satisfacen las necesidades institucionales (Consecuencia).
3	Posibilidad de afectación a las finanzas y a la integridad institucional de la institución, por la apropiación indebida de dineros en efectivo recibidos por la prestación de servicios particulares, debido a prácticas de fraude y corrupción en la gestión de recursos por debilidades en los controles internos, la supervisión y los mecanismos de seguimiento sobre la administración y custodia de los recursos financieros.	**Sí (completa)**	**Sí (Presente al inicio)**	**Redacción Invertida / Ajustar Orden**	• Evento: Apropiación indebida de dineros en efectivo recibidos por prestación de servicios particulares. • Causa identificada: Prácticas de fraude/corrupción y debilidades en controles internos, supervisión y seguimiento de la custodia de recursos. • Consecuencia identificada: Afectación a las finanzas e integridad institucional. • Diagnóstico: Posee causa y consecuencia bien definidas, pero inicia con la consecuencia en lugar del evento. Además hay una redundancia menor ('de la institución'). Conviene reestructurar el orden.	Posibilidad de apropiación indebida de recursos en efectivo provenientes de la prestación de servicios particulares (Evento), debido a debilidades en los controles internos, fallas en la supervisión y falta de mecanismos de seguimiento sobre la custodia del dinero (Causa), lo que genera pérdida de recursos financieros y afectación a la integridad institucional (Consecuencia).
4	Posibilidad de afectación legal, económica y reputacional para la Red de Salud Centro E.S.E., por la celebración de contratos o adquisiciones con personas naturales o jurídicas vinculadas a actividades de lavado de activos, financiación del terrorismo, contrabando o fraude, debido a deficiencias en los procesos de debida diligencia, validación de proveedores y aplicación de los controles establecidos en los sistemas SICOF y SARLAFT.	**Sí (completa)**	**Sí (Presente al inicio)**	**Redacción Invertida / Ajustar Orden**	• Evento: Celebración de contratos o adquisiciones con personas naturales o jurídicas vinculadas a LA/FT/FPADM, contrabando o fraude. • Causa identificada: Deficiencias en debida diligencia, validación de proveedores y fallas en la aplicación de controles SICOF y SARLAFT. • Consecuencia identificada: Afectación legal, económica y reputacional para la Red de Salud Centro E.S.E. • Diagnóstico: Es el riesgo mejor conceptualizado técnicamente en cuanto a contexto institucional (menciona SARLAFT/SICOF), pero mantiene la estructura invertida (inicia mencionando el impacto legal/económico/reputacional).	Posibilidad de celebración de contratos o adquisiciones con contrapartes vinculadas a actividades de lavado de activos, financiación del terrorismo, contrabando o fraude (Evento), debido a deficiencias en los procedimientos de debida diligencia, validación de proveedores e inobservancia de controles en SICOF y SARLAFT (Causa), lo que puede generar sanciones legales, pérdidas económicas y severa afectación reputacional para la Red de Salud Centro E.S.E. (Consecuencia).

Atributo	Nivel de Cumplimiento	Evaluación	Recomendación
1. Responsable	SÍ CUMPLE (9/9 - 100%)	Todos los controles identifican claramente el cargo ejecutor o colaborador.	Mantener la redacción actual.
2. Periodicidad	PARCIALMENTE CUMPLE (9/9 - 100% Parcial/Total)	Algunos indican eventos ("antes de contratación"), pero otros usan "periódicamente" sin especificar plazo exacto.	Reemplazar el término "periódica" por la frecuencia exacta (ej. mensual, trimestral, semestral).
3. Propósito	SÍ CUMPLE (8/9 - 89%)	Prácticamente todos explicitan el riesgo a prevenir o el objetivo deseado.	Especificar el objetivo preventivo explícito en el Control 3 (Compras TIC).
4. Ejecución	SÍ CUMPLE (9/9 - 100%)	La actividad o técnica de verificación está adecuadamente expresada.	Mantener el detalle de las acciones.
5. Evidencia	PARCIALMENTE CUMPLE (5/9 - 56%)	Solo 4 de los 9 controles especifican claramente el documento o soporte generado.	Incorporar el documento/registro soporte explícito en los controles 3, 4, 5 y 6 (ej. acta, lista de asistencia).
6. Tratamiento de Desviaciones	NO CUMPLE (2/9 - 22%)	Es la falencia principal de diseño. La mayoría no indica la ruta de acción si el control arroja fallas o alertas.	Agregar a la redacción de cada control el procedimiento de ajuste o reporte en caso de hallazgo (ej. "En caso de hallar coincidencias en listas, se rechazará la contratación y se reportará al Oficial de Cumplimiento").