



# INFORME DE GESTIÓN PRIMER SEMESTRE DE 2024

## SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS

DIANA CRISTINA AGUDELO HENAO  
OFICIAL DE RIESGOS COA  
Septiembre 04 de 2024

## TABLA DE CONTENIDO

OBJETIVO .....	2
I. CAPÍTULO 1. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS - SIGR .....	2
1.1. Contextualización normativa.....	2
1.2. Principales actividades realizadas en gestión del riesgo .....	2
1.3. Riesgos en los procesos asistenciales:.....	3
1.4. Riesgos en los procesos administrativos: .....	7
II. CAPÍTULO 2. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA – SARLAFT/FPADM .....	10
2.1. Actividades Realizadas.....	10
2.2. Debida diligencia de contrapartes:.....	11
III. CAPÍTULO 3. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO – SICOFS y PTEE. ....	15
3.1. Actividades realizadas .....	15
3.2. Actividades pendientes .....	16
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	16

## OBJETIVO

Informar a los miembros de la Junta Directiva los resultados de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus diferentes subsistemas en el primer semestre de 2024, de acuerdo con los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud mediante las Circulares Externas 2021170000004-5 y 2021170000005-5 de 2021.

### I. CAPÍTULO 1. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS - SIGR

#### 1.1. Contextualización normativa

**Circular Externa 003 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud:** Da las instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno Corporativo). La Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 la modifica, en parte, y le adiciona otras medidas.

**Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud:** Por la cual se imparten instrucciones generales para que las instituciones prestadoras de servicios de salud implementen el código de conducta y de buen gobierno organizacional y un sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas de administración de riesgos.

**Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud:** Por medio de la cual se dan instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

**Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud:** Por medio de la cual se imparten lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial -PTEE, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo con la implementación de mejores prácticas organizacionales – Código de conducta y buen gobierno.

En el primer semestre de 2024 no se expidió normatividad en relación con administración de riesgos en el sector salud.

#### 1.2. Principales actividades realizadas en gestión del riesgo

- Se realizaron reuniones con los directores y coordinadores de 23 procesos, con el fin de revisar los riesgos, la redacción de controles, los planes de acción y el seguimiento trimestral que deben registrar. Se dejaron actividades pendientes a las que se hará seguimiento durante el segundo semestre.

- Se diseñó presentación de inducción y reinducción del SIGR para el Colegio de Gestión del Riesgo, y se socializó con todo el personal para que la presentaran; lo realizaron 347 empleados.
- Se envió video informe de los riesgos de 2023 en COA a los directores y coordinadores de procesos para socializar con sus equipos de trabajo, y también tienen la tarea de socializar los riesgos propios de sus procesos. Al corte del 30 de junio, lo realizaron solamente 78 personas.
- Se presentaron los informes correspondientes a la Circular Externa 4-5 de 2021 (FT006, FT007, FT008, FT009, FT010, FT018) con la periodicidad requerida. Los soportes se encuentran en la carpeta de la dirección contable.
- Se subieron a Almera los riesgos corporativos enviados por casa matriz.

### 1.3. Riesgos en los procesos asistenciales:

Se realizó acompañamiento a los directores y coordinadores de procesos para la revisión de riesgos y adecuada redacción de controles, de 19 procesos y subprocesos asistenciales, en 11 de ellos disminuyó el número de riesgos, debido a que algunos se eliminaron por no considerarse como tal, y otros se agruparon en uno solo, por lo tanto, se pasó de tener 191 en el segundo semestre de 2023 a 167 en el primer semestre de 2024.

**Cuadro 1. Severidad de los riesgos en los procesos asistenciales**

Severidad del riesgo	Riesgo residual IIS2023	Riesgo residual IS2024	Participación IIS2023	Participación IS2024
Extrema	1	1	1%	1%
Alta	3	6	2%	4%
Moderada	47	42	25%	25%
Baja	140	118	73%	71%
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>167</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Los siguientes son los riesgos con severidad extrema y alta y sus acciones de mejora en el periodo, en relación con el segundo semestre de 2023, se reevaluaron los riesgos de complicación posquirúrgica, pérdida en la continuidad del tratamiento y clasificación errada en el triage quedando en un nivel de severidad alto:

**Cuadro 2. Riesgos priorizados de los procesos asistenciales**

Proceso	Riesgo
Esterilización	Reuso de dispositivos no autorizados
Cirugía	Infección de Sitio Operatorio
Cirugía	Complicación posquirúrgica
Consulta externa general especializada	Pérdida en la continuidad de tratamiento
Servicio farmacéutico	Errores en la prescripción de medicamentos
Urgencias	Clasificación errada en el triage
Gestión Pretransfusional	Tener un stock insuficiente de hemocomponentes

- **Esterilización:** Se realiza el Comité periódicamente, en donde se analizan los eventos presentados y, de acuerdo con dicho análisis, se toman decisiones de no reuso de dispositivos. También, continúa la socialización del proceso y el seguimiento a su adherencia. Finalmente, se realizó gestión para la adquisición del estereomicroscopio para validar la limpieza y ajuste de funcionamiento, lo que impacta en la mitigación del riesgo de reuso.
- **Cirugía:**

**Infección en sitio operatorio:**

- Se socializó el protocolo de profilaxis antibiótico por infectología.
- El protocolo de asepsia quirúrgica está en proceso de actualización.
- Se comenzó a hacer mensualmente el registro de adherencia de los bundles de prevención de infecciones.
- Se realizaron campañas de higiene de manos y adherencia cada mes y se realizan auditorías aleatorias por la enfermera de infecciones del lavado de manos quirúrgico.

**Complicación posquirúrgica:**

- El protocolo de asepsia está en proceso de actualización.
- Se comenzó a realizar la lista de chequeo de cirugía segura.
- Se mejoraron los protocolos de cirugía oncológica.
- Se analizan los casos y eventos en *debriefing* en las entregas de turno.

- **Consulta externa:**
  - Se implementó el sistema de confirmación de citas a través de mensaje de texto y llamada por medio de un Bot, con el fin de tener mayor flujo de llamadas y mayor capacidad de atención en nuestra línea de *call center*.
  - Se implementó un sistema de llamado para ingresos, egresos y trámites de consulta, lo que permitió reducir los tiempos de espera para la atención y la deserción de los pacientes del servicio por agotamiento para el agendamiento de sus citas.
- **Gestión pretransfusional:** Está en una zona alta por la probabilidad de ocurrencia debido a factores externos. Cuando se presenta alta demanda de hemocomponentes, el banco de sangre Hemolife ha respondido con oportunidad. Se mantiene una comunicación activa con los diferentes servicios y se hace énfasis en que las necesidades de componentes especiales se realicen con anticipación para solicitarlos al Banco oportunamente.
- **Urgencias:**
  - Entrenamiento y reentrenamiento al personal médico y de enfermería en sistema de triage de V niveles usando el modelo ESI.
  - Actualización y propuesta del modelo de triage de V niveles ajustado para el paciente oncológico con revisión de la literatura basada en la evidencia a cargo de residente de último año de la especialidad de urgencias.
  - Se adicionó a la historia clínica electrónica el registro del peso como dato obligatorio para diligenciar en todas las plantillas de triage.
  - En proceso de actualización de la plantilla de triage para disminuir el error.

En relación con los riesgos del Servicio Farmacéutico, a la fecha de entrega de este informe, no se obtuvo respuesta a la solicitud durante el semestre del seguimiento y acciones y de mejora por parte de los coordinadores del servicio.

**1.3.1. Eventos adversos:** Los 5 principales eventos adversos reportados en el primer semestre de 2024 son los siguientes:

**Cuadro 3. Principales eventos adversos en el IS2024**

Posición de eventos adversos	IS2024	IIS2023
1	Flebitis	Flebitis mecánicas y químicas
2	Infección de sitio operatorio	Infección de sitio operatorio
3	Infección de torrente sanguíneo asociado a catéter	Reintervenciones no planeadas
4	Caída de pacientes	Úlceras por presión
5	Reacciones adversas a medicamentos	Caída de pacientes

En relación con el segundo semestre de 2023, en el primer semestre de 2024, la flebitis, infección en sitio operatorio y caída de pacientes, se mantienen entre los 5 principales eventos adversos en la institución, en este periodo se suman infecciones en el torrente sanguíneo asociado a catéter y reacciones adversas a medicamentos.

En el caso de la flebitis, el riesgo se encuentra identificado en hospitalización con una severidad residual moderada y, de acuerdo con el número de eventos, se considerará reevaluar este riesgo y priorizarlo; en la Unidad de cuidado intermedio adultos en severidad baja, esto último es consistente con el número de eventos reportados en el servicio.

La infección en sitio operatorio ya está como riesgo priorizado en la institución, está valorado en un nivel de severidad alto.

La infección en torrente sanguíneo se encuentra identificado en los servicios de cuidado intensivo adultos y cuidado intermedio adultos en severidad residual moderada, sin embargo, en estos no se ha presentado este evento. Por lo tanto, en el segundo semestre se verificará los servicios en donde está teniendo incidencia para hacer el ciclo de riesgos.

En el caso de las caídas de pacientes, está identificado en 10 procesos, en 5 de ellos se encuentra en zona de severidad baja y en los otros 5, en moderada. Se revisará en el segundo semestre los servicios en los que más se presenta y se reevaluará.

Finalmente, en relación con las reacciones adversas a medicamentos, se identificó en el proceso de cirugía en severidad residual baja, se verificará con la coordinadora de seguridad del paciente en qué servicios se presenta y se reevaluarán los riesgos con el respectivo coordinador.

**1.3.2. Planes de mejora:** En el primer semestre del presente año se cerraron 13 acciones planteadas en 2023, relacionadas con capacitación y sensibilización, tanto para el personal como para los pacientes;

implementación de auditorías y adecuaciones en los servicios. Por su parte, 5 planes de mejora formulados en 2023 no han sido cerrados, de las cuales, 3 no tienen ningún avance, 2 de ellos relacionados con manejo de inventarios en el servicio farmacéutico.

Por otra parte, en el primer semestre de 2024 se plantearon 11, de los cuales, 3 (en los procesos de cirugía y urgencias) fueron cerrados y están relacionados con actualización de protocolos, ajustes en el software de historia clínica. Por su parte, 7 no se han ejecutado o presentan un avance, relacionados socialización e implementación de protocolos, implementación de rondas de seguridad y capacitaciones.

### 1.3.3. Otras actividades realizadas

Se revisó con la dirección médica, dirección comercial y estadística los lineamientos que, en la autoevaluación no cumplíamos de los subsistemas de riesgo en salud y actuarial y se presentaron los siguientes avances:

- Actualización del perfil epidemiológico y caracterización de la población.
- Se comenzó a trabajar en el modelo de regresión de Poisson que le permitirán identificar posibles cambios en el contexto geográfico, demográfico, social y en los índices de morbi-mortalidad.
- Continúa el seguimiento a la nota técnica que le permite establecer los costos en términos de sobrecosto asistencial (rechazo o glosa) y estancias hospitalarias prolongadas.

Está pendiente realizar y documentar las pruebas de *back* y *stress testing*.

### 1.4. Riesgos en los procesos administrativos:

En el primer semestre, se realizó acompañamiento a los procesos estratégicos y de apoyo en la revisión y redacción de riesgos y controles, agrupando varios riesgos en uno solo e identificando nuevos, de esta manera, se tienen 2 riesgos adicionales respecto al segundo semestre de 2023. De los 20 procesos administrativos, están pendientes Gestión de presupuesto y Gestión documental por realizar el ciclo completo de riesgos, este último fue creado en este periodo, pero aún no se tiene una persona responsable.

En el siguiente cuadro se observa que, en este periodo varios riesgos que en el semestre pasado estaban en severidad baja, pasaron a severidad moderada, debido al seguimiento y monitoreo realizado. Así, solo el 3% de los riesgos se encuentran en un nivel de severidad extremo y alto.

**Cuadro 4. Severidad de los riesgos en los procesos administrativos**

Severidad del riesgo	Riesgo residual IIS2023	Riesgo residual IS2024	Participación IIS2023	Participación IS2024
Extrema	1	1	1%	1%
Alta	2	2	2%	2%
Moderada	11	20	11%	20%
Baja	85	78	86%	77%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

A continuación, se presentan los riesgos con severidad extrema, alta y moderada y el seguimiento realizado a los primeros, que son los priorizados. El monitoreo y seguimiento corresponden a aquellas acciones llevadas a cabo para prevenir su materialización.

**Cuadro 5. Riesgos administrativos con severidad extrema, alta y moderada**

Proceso	Riesgo
Gestión ambiental	Vertimientos líquidos que no cumplen con los límites permisibles de acuerdo a la Resolución 0631/15
Gestión de Tecnología de la Información	Vulneración del sistema por ataques ciberataques
Sistema de Seguridad y salud en el trabajo	Fallas en la coordinación de los diferentes procesos para garantizar el cumplimiento de los requisitos del SG-SST en caso que se subcontraten actividades
Facturación y Auditoría de Cuentas Médicas	Conciliación inoportuna de glosas y devoluciones Glosas derivadas por fallas en el proceso de atención asistencial y administrativo
Gestión de Infraestructura	Agresión física y/o Amenazas verbales en las instalaciones. Fuga de pacientes o menores Ingreso armas de fuego o armas blancas no autorizadas Ingreso de personas no autorizadas o sin identificación Interrupción en el suministro de gases medicinales
Gestión de Tecnología Biomédica	Equipos en servicio por fuera del inventario y/o sin la documentación requerida. Incumplimiento en el cronograma de actividades de control Gestión de Tecnología de la Información Alteración, pérdida, fuga o manipulación de la información en el sistema Suspensión en los servicios de TI a causa de falta de suministro eléctrico.
Gestión de Tesorería	Recursos insuficientes para atender las necesidades de la entidad
Gestión del Talento Humano	Contratar personal sin el cumplimiento de los requisitos legales e institucionales.
Joint Commission International-JCI	Incumplimiento de los estándares de JCI
Prevención y Control de Infecciones (PCI)	Errores en la implementación de prevención y control de infecciones.
Seguridad del paciente	Demandas por Eventos adversos Inoportunidad de gestión de eventos de seguridad
Sistema de Seguridad y salud en el trabajo	Desconocimiento del estado de salud de la población trabajadora Incumplimiento de los requisitos legales del SG-SST aplicables a la Institución Materialización de emergencias

- Riesgo de vertimientos líquidos que no cumplen con los límites permitidos:** La copropiedad envía plan de trabajo de intervención de vertimientos para el año 2024, la cual, se hará en noviembre; esto con el fin de mejorar los parámetros y poder medir nuevamente los vertimientos y legalizar contrato con EPM. En el semestre se han realizado campañas de sensibilización frente a los vertimientos

líquidos permitidos y la disposición adecuada de aquellos contaminantes, con el fin de que en la próxima medición se cumpla con los requisitos mínimos y poder legalizar el contrato con EPM.

- **Riesgo de vulneración del sistema por ciberataques:** No se ha materializado el riesgo, en el semestre se han tenido 5 eventos, que se han logrado controlar. Desde la oficina de ciberseguridad del corporativo, se han realizando cursos virtuales para sensibilizar y se han enviado campañas para evaluar la respuesta del personal ante un posible *phishing*.
- **Fallas en el cumplimiento de los requisitos del Sistema de seguridad y salud en el trabajo en relación con contratistas:** Se realiza seguimiento a la afiliación a riesgos laborales del personal contratista asistencial, se evidencia avance, pero con pendientes. Se realiza retroalimentación a dirección médica y coordinaciones con el fin de que apoyen en el debido proceso de contratación del personal asistencial. Del mismo modo, se terminó de documentar el procedimiento de Talento Humano en donde se describen los pasos a seguir para la contratación del personal por prestación de servicios.

Respecto a los riesgos moderados, se identifican y reevalúan adicionales respecto al semestre anterior, en los procesos de Gestión de infraestructura, Tecnología biomédica, Gestión de tesorería, Prevención y control de infecciones y en *Joint Commission International*.

**1.4.1. Planes de mejora:** De los planes de acción planteados en 2023, están pendientes 3 por avance en los procesos de infraestructura (35%) y Gestión de tesorería (0%). Por su parte, en el primer semestre se plantearon 14 planes de acción, en el siguiente cuadro se presenta el número de planes de acción por proceso.

**Cuadro 6. Planes de acción por proceso**

Proceso	# de planes de acción
Gestión de Infraestructura	9
Gestión de Tesorería	2
Gestión ambiental	1
Gestión de Cartera	1
Gestión de Tecnología Biomédica	1
<b>Total general</b>	<b>14</b>

En el proceso de gestión de infraestructura, se hace énfasis en la seguridad en las instalaciones: mejorar la señalización, documentar e implementar el protocolo de ingreso de personal y acompañantes, documentar las acciones a seguir en caso de agresión al personal por parte de pacientes y acompañantes

(Código bronce). En los demás procesos, se encuentra principalmente, capacitación y documentación de procedimientos. En el segundo semestre se realizará seguimiento a los planes de mejora.

**1.4.2. Eventos de riesgo registrados:** Se registraron 20 eventos de riesgo, 2 relacionados con hurto, tanto a pacientes, como de inventarios de la institución; 3 con informes no entregados a tiempo a entes de control, 4 relacionadas con glosas aceptadas por fallas tanto administrativas como en los servicios; 4 relacionadas con contratación y tarifas, 3 en relación con infraestructura física, 2 con pedidos no realizados de insumos y medicamentos, y las demás, de fallas tecnológicas. Se realizaron los respectivos planes de mejora.

**Cuadro 7. Eventos de riesgos reportado por proceso**

Proceso	# de eventos
Gestión Comercial	4
Gestión Contable	2
Gestión de Cuentas Médicas	4
Gestión de Infraestructura	4
Gestión de Proveedores y Compras	2
Gestión de Tecnología Biomédica	1
Gestión de Tecnología de la Información	1
Gestión Sistema de Información de Atención al Usuario	1
Seguridad y Salud en el Trabajo	1
<b>Total general</b>	<b>20</b>

## II. CAPÍTULO 2. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA – SARLAFT/FPADM

### 2.1. Actividades Realizadas

- Actualización de formatos de conocimiento de terceros y colaboradores.
- Se documentó y se implementó el procedimiento de segmentación de factores de riesgo LAFT/FPADM.
- Se revisaron y reevaluaron los riesgos de acuerdo con los tres tipos definidos: Lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y se clasificaron por factor de riesgo. Lo que teníamos antes como riesgos, pasaron a ser causas. De esta manera, se identificaron 9 riesgos en 7 procesos, de los cuales, el 60% se encuentran en un nivel de severidad moderado y el resto, son de severidad baja.

**Cuadro 8. Riesgos SARLAFT/FPADM**

Proceso	Factor de riesgo SARLAFT	Riesgo	Severidad del riesgo
Gestión Comercial	Contrapartes	Lavado de activos	1
Gestión de Proveedores y Compras	Contrapartes	Lavado de activos	1
	Productos	Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva	1
		Lavado de activos	1
Gestión de Tesorería	Canales	Lavado de activos	1
Gestión del Talento Humano	Contrapartes	Lavado de activos	1
Gestión Sistema de Información de Atención al Usuario	Contrapartes	Lavado de activos	1
Radioterapia	Productos	Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva	1
Servicio farmacéutico	Productos	Financiación del terrorismo	1

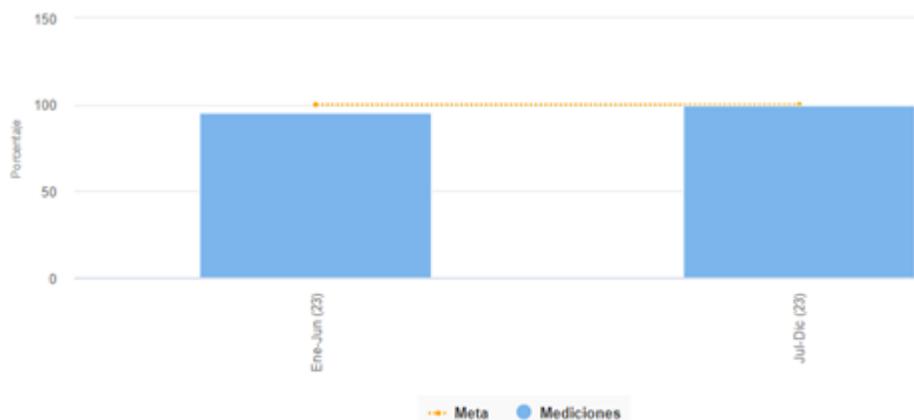
## 2.2. Debida diligencia de contrapartes:

Se realizó seguimiento a los riesgos LAFT/FPADM mediante la medición de los diferentes indicadores en cada uno de los procesos responsables de las contrapartes:

### 2.2.1. Clientes: Empresas y entidades

- Indicador de verificación en listas: No aplica en el periodo analizado, debido a que no se firmaron nuevos contratos.

**Gráfica 1. Proporción de clientes nuevos verificados en listas antes de su vinculación**



## 2.2.2. Proveedores

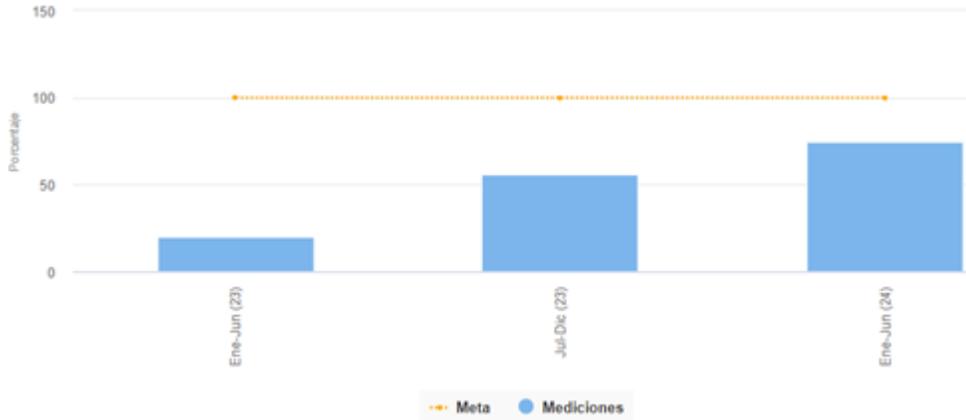
- Hallazgos

**Cuadro 9. Hallazgos y acciones de mejora de la contraparte proveedores**

Hallazgos	Acciones de mejora
<p>En el semestre se crearon 35 proveedores y acreedores, de los cuales, 9 no se verificaron en listas antes de crearlos. Mejoró respecto al semestre anterior, pero sigue el incumplimiento. (ver indicador)</p>	<p>El proceso contable debe velar porque los acreedores y proveedores que le corresponda, de acuerdo con el procedimiento de debida diligencia, sea verificado en listas antes de su creación.</p> <p>La oficial de cumplimiento realizó retroalimentación al proceso contable mediante correo electrónico y personalmente a la dirección financiera y contadora sobre la importancia del cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Manual SARLAFT/FPADM y su respectivo procedimiento. Hará verificación en el segundo semestre de 2024 y, si se presentan nuevos incumplimientos, se tomarán las medidas disciplinarias establecidas en el mismo Manual, de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo, en acompañamiento con la Dirección administrativa.</p> <p>La oficial de cumplimiento realizará, en conjunto con el especialista en compras, capacitación sobre el proceso de debida diligencia a todos los supervisores e interventores de contratos, incluyendo el proceso contable, en el segundo semestre de 2024.</p> <p>El especialista en compras identifica los terceros con contratos y sus respectivos supervisores e interventores y hace un listado para que el oficial de cumplimiento pueda hacer seguimiento de los mismos.</p> <p>El oficial de cumplimiento realizará auditoría al proceso en el segundo semestre de 2024, con el fin de verificar el cumplimiento de la debida diligencia.</p>
<p>Se realizó una depuración de los proveedores, de 709 en base de datos de Servinte que aparecen como activos, quedaron 291 como activos, ya que 287 se inactivarán porque no tuvieron transacciones durante el último año (julio de 2023 al 30 de junio de 2024). Por su parte, se solicitó a Contabilidad la reclasificación del tipo de tercero en Servinte de 131 terceros, ya que son acreedores y no proveedores y otros son especialistas por honorarios. Esto es importante para tener clara la cantidad de proveedores que tiene el COA, ya que existen varias bases de datos y no hay un número claro.</p>	<p>El proceso contable debe reclasificar el tipo de proveedor en el sistema contable.</p> <p>El proceso contable debe actualizar toda la información de los proveedores en el sistema contable, de acuerdo a los documentos que éstos vayan enviando: Dirección, actividad económica y tipo de empresa, indispensables para la segmentación.</p>

- Indicador de verificación en listas:

**Gráfica 2. Proporción de Proveedores nuevos verificados en listas antes de su vinculación**



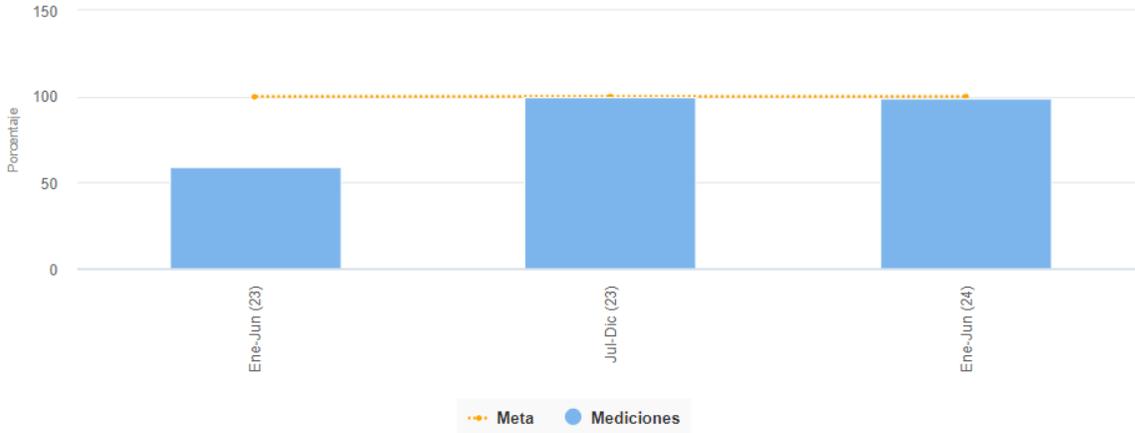
### 2.2.3. Colaboradores

- Hallazgos

**Cuadro 10. Hallazgos y acciones de mejora de la contraparte colaboradores**

Hallazgos	Acciones de mejora
En el primer semestre ingresaron 69 empleados y contratistas nuevos, de los cuales, se verificaron en listas 68, no se verificó un contratista que factura por empresa; y solo 1 persona fue verificada después de su ingreso. Por su parte, llenaron el formulario en línea 59 (58 empleados y 1 contratista), se envía notificación a talento humano para verificación.	Talento humano debe actualizar o documentar el procedimiento de selección de personal, incluyendo todo el proceso de debida diligencia, desde la solicitud de la necesidad, de la documentación, la verificación de cumplimiento de requisitos, la verificación en listas, la aceptación y el registro en el sistema de información del COA (Servinte). Incluir la documentación cuando el profesional contrata a través de una empresa.  La oficial de cumplimiento realizará en el segundo semestre de 2024 una auditoría al proceso para la verificación del cumplimiento de la debida diligencia.
Del total de empleados a junio 30, el 81% actualizó los datos (los antiguos, los que no ingresaron en el primer semestre de 2024), de éstos, 287 son empleados y 96 contratistas.	
De 351 empleados con corte a junio de 2024, hicieron la inducción y reinducción a través del Colegio de gestión del riesgo, 331 personas. Se hizo retroalimentación a los directores y coordinadores de procesos para que el personal faltante cumpliera con la actividad, se realizará seguimiento en el segundo semestre.	Talento humano debe revisar el proceso y modificar de modo que los contratistas también actualicen los datos y realicen la inducción y reinducción del SARLAFT/FPADM.

**Gráfica 3. Proporción de colaboradores nuevos verificados en listas antes de su vinculación**



## 2.2.4. Usuarios

**Cuadro 11. Hallazgos y acciones de mejora de la contraparte usuarios**

Hallazgos	Acciones de mejora
De los tres pacientes que hicieron pagos en efectivo por \$5.000.000 o más, a 1 no se le solicitó la declaración de origen de fondos, ni la persona responsable de admisiones realizó la verificación en listas. La oficial de cumplimiento genera la alarma, realiza la búsqueda en listas y la persona encargada solicita al paciente la firma del documento, el cual, lo entrega sin dificultad.	Se realiza retroalimentación a las personas encargadas, se detectó que había una persona nueva sin inducción. Se solicitó dar aviso al oficial de cumplimiento cuando haya cambios para realizar la capacitación pertinente.

## 2.3. Reportes a la UIAF

Se presentaron los reportes objetivos y de operaciones sospechosas a la Unidad de Información y Análisis Financiero -UIAF- en el tiempo establecido.

**Cuadro 12. Reportes a la UIAF**

19    007    122    CENTRO ONCOLOGICO DE ANTIOQUIA S.A. (9002368502)						
Tipo de Informe	Fecha de corte		Fecha de Recepción	Estado	Comentarios	Días Extemporáneo
	Año	Mes				
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	01	02/02/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	02	03/08/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	03	04/08/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	04	05/07/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	05	06/06/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas	2024	06	07/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	01	02/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	02	03/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	03	04/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	04	05/07/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	05	06/06/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores	2024	06	07/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	01	02/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	02	03/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	03	04/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	04	05/07/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	05	06/06/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos	2024	06	07/08/2024	Recibido		0

**III. CAPÍTULO 3. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO – SICOFS y PTEE.**

**3.1. Actividades realizadas**

- Se documentó el procedimiento SICOFS en donde se describe el procedimiento para la declaración de conflictos de intereses, los lineamientos de regalos y atenciones propios de COA y el reporte e investigación de posibles casos de corrupción, fraude y soborno, incluido la protección del denunciante.
- Se documentó la metodología de segmentación.
- Se realizó inducción y reinducción del SICOFS por medio del colegio de gestión del riesgo, de 351 empleados a junio faltaron 8 personas por realizarlo. Se envió notificación a los directores y coordinadores de procesos correspondientes. El seguimiento se realizará en el segundo semestre de 2024.
- Se envió mediante correo electrónico un video educativo sobre el objetivo de la línea de transparencia, los casos que se pueden reportar, el procedimiento para su análisis, gestión y respuesta e información sobre la solicitud de protección al denunciante. Realizaron la evaluación 88 personas.
- No hubo reportes a través de la línea de transparencia.
- Se realizó al gerente algunas recomendaciones y sugerencias de cambio frente al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, el cual documentó el equipo jurídico. Faltan lineamientos y no se acoge a lo que es un Programa.

## 3.2. Actividades pendientes

- Identificación de los riesgos de corrupción, fraude y soborno en los procesos restantes y realizar seguimiento.
- Realizar seguimiento al modelo de segmentación del sistema en Almera, de manera trimestral.
- Realizar capacitaciones del Sistema en todos los procesos y servicios de manera presencial. Diseñar videos y boletines para sensibilización y, como actividades del Comité de gestión de riesgos y buen gobierno corporativo, se realizarán durante todo el año actividades de sensibilización para conocer cada uno de los lineamientos del código de conducta y ético del grupo empresarial, adoptado por el COA.
- Realizar despliegue de los lineamientos de conflictos de intereses, línea de transparencia, regalos y atenciones.
- Diseñar encuesta de percepción de la corrupción, basada en el documento de la USAID<sup>1</sup> para instituciones públicas.

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se nota un avance en la cultura de riesgos en algunos líderes, sin embargo, hay procesos que aún no se adhieren a los lineamientos en materia de riesgos en general y en SARLAFT/FPADM, se continuará trabajando en la implementación de la cultura de riesgos.
- El grupo empresarial, en cabeza del área jurídica, debe agilizar la estructuración e implementación del plan de continuidad, pues es un elemento clave del subsistema de riesgos operacional y, para COA, está relacionado con varios lineamientos de acreditación de Joint Commission International.
- La junta directiva debe pronunciarse, por escrito, sobre los informes de SARLAFT/FPADM y SICOFS presentados por el oficial de cumplimiento y la Revisoría Fiscal.
- Se realizan las siguientes recomendaciones en el Programa de transparencia, redactado por el área jurídica del Grupo: eliminar los valores que menciona la norma, son los valores del servidor público no los establecidos por el grupo empresarial; no es necesario incluir el sistema integrado de gestión de riesgos y las definiciones de los diferentes subsistemas, esto va en el Manual correspondiente; faltan lineamientos frente a conflictos de intereses, regalos y atenciones, donaciones, fraude, soborno, manejo de información privilegiada; faltó la estructura organizacional del PTEE y sus funciones; en el monitoreo y seguimiento del PTEE solo se tienen en cuenta los informes de los órganos de control, no se tuvo en cuenta la monitorización interna como la debida diligencia, señales de alerta y tipologías; un programa contiene metas e indicadores, éste no lo tiene.
- Es necesario convocar a los miembros del máximo órgano social para la capacitación anual en el sistema integrado de gestión de riesgos, con el fin de que conozcan a profundidad su responsabilidad en éste y cada uno de los subsistemas. Se debe dejar constancia.

<sup>1</sup> Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional.