Sede Administrativa Calle 5C # 39 – 51
Barrio Tequendama/ PBX: 608 0124
Nit. 805.027.289-9

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE GESTION, CORRUPCION Y SEGURIDAD DIGITAL DE LOS PROCESOS – Y AL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO PAAC 2025, PRIMER CUATRIMESTRE DEL 2025.

RAFAEL CUBILLOS HOYOS
Jefe Oficina de Control Interno
Red de Salud de Ladera E.S.E

GREGORIO FRANCO CORTES
Apoyo de la oficina de control interno

Santiago de Cali, 23 de mayo de 2025

1. INFORMACIÓN GENERAL

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN: Se inicia con la verificación de la actualización de la nueva guía expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y termina con un concepto sobre el estado de actualización y envío del informe.

CRITERIOS DE LA EVALUACIÓN.

MECI Actualizado, Decreto 1499 de 2017-Dimesión 7 Control Interno MIPG, Componente (02) dos Evaluación del Riesgo, Primera, Segunda y Tercera Línea de Defensa del MECI - ISO 9001:2015 y Metodología para la Administración del Riesgo de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el diseño de controles 2020 - versión 05.

Para el seguimiento de PAAC, la Guía “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Versión 2”, de la Presidencia de la República; y la Guía para la Administración de los Riesgos que unificó el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno.

DOCUMENTOS FUENTE

La elaboración del presente informe del mapa de riesgos corresponde a los datos suministrados por el responsable de los riesgos institucionales, de gestión del proceso de planeación y subproceso de riesgos al corte de fecha 30 de abril de 2025, Registro de Materialización de Riesgo. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC 2025 versión 3 Para La elaboración del informe 2025

Los datos se solicitaron mediante correo electrónico a todos los responsables involucrados en los procesos, que tienen que ver con el mapa de riesgos de la institución.

FECHA DE EJECUCIÓN: Del 01 al 15 de mayo del 2025

Este informe se ejecutó en los primeros diez (10) días del hábiles del mes de mayo de 2025 con la información suministrada por el área de planeación y subproceso de riesgos los seguimientos en el aplicativo SIGES de la empresa.

La Oficina de Control Interno realizará un informe cuatrimestral, en cumplimiento a lo estipulado por el artículo 12 funciones de los auditores internos de la ley 87 de 1993 y el decreto 648 de 2017 en su artículo 2.2.21.4.9 informes

PROCESOEVALUADO

Fueron evaluados todos los procesos involucrados en el mapa de riesgos de la institución en cabeza del proceso de planeación calidad y subproceso de riesgos de la institución.

2. OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este informe es evaluar la gestión de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital de la entidad y el cumplimiento del plan anticorrupción y de atención al ciudadano – PAAC versión 3 con corte al 30 de abril de 2025.

3. ACTIVIDADESDESARROLLADAS

- Se verificó el registro de la materialización de los riesgos, con corte 30 de abril de 2025, del primer cuatrimestre, reportado por los diferentes procesos con el mapa de riesgos de la entidad.

- Se verificó la adecuación y pertinencia de los controles y acciones de control de los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital conforme al mapa de procesos de la institución.

- La verificación de los controles se realizó con base en los registros que los responsables de los procesos aportaron como evidencia de cumplimiento.

- Se realizó seguimiento al cumplimiento de las actividades por procesos registradas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC 2025, con corte al 30 de abril de 2025.

3.1Seguimiento a la Gestión de los Riesgos de Procesos del periodo Enero a Abril de 2025.

Los procesos no presentaron, ni reportaron materialización de riesgos en los formatos de seguimiento de actividades de control, de acuerdo a la Metodología para la Administración del Riesgo de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el diseño de controles 2020 - versión 05. Los resultados del seguimiento se tienen como soporte del presente informe.

4. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La Política de Administración del Riesgo para la Red de Salud Ladera ESE, fue actualizada mediante acuerdo de Junta Directiva No 2.1.375.2025 del 29 de enero de 2025 construida conforme a la Metodología para Administración de Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el diseño de Controles, y posteriormente socializada en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y Comité de Gestión y Desempeño Institucional, lo que implica un compromiso institucional con la identificación, análisis y valoración de los riesgos que pueden afectar la gestión de los procesos del Sistema Integrado de Gestión - SIG, con miras a controlar sus efectos sobre el cumplimiento de la misión, a través de las acciones implementadas.

El objetivo de la Política está alineado con los objetivos del Plan Estratégico, toda vez que se establece el compromiso de ejercer un control efectivo de los eventos de riesgo que puedan impedir el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales y de proceso a través del diagnóstico, identificación, análisis, valoración y administración del riesgo, orientado al mejoramiento continuo de los procesos gerenciales, misionales, de apoyo y de evaluación de la entidad. Igualmente se establece el alcance, responsabilidades, niveles de aceptación del riesgo y calificación de probabilidad e impacto; dando cumplimiento a lo establecido en la Metodología y al esquema de las tres (03) líneas de defensa definido en la dimensión 7 de control interno del modelo integrado de planeación y gestión MIPG, que actualizó el MECI

5. MAPA DE RIESGOS

TABLA 1 - CONSOLIDADO DE RIESGOS POR PROCESO Y TIPOLOGÍA

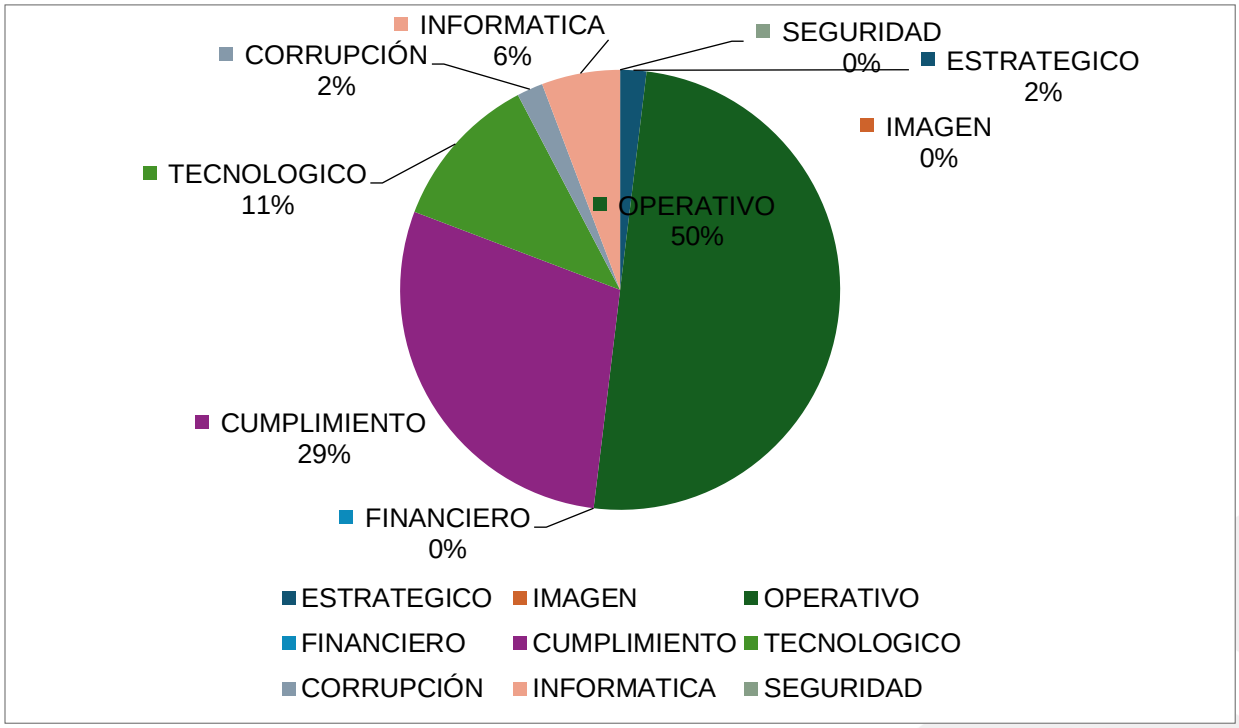
VIGILADO Supersalud

VIGILADO Supersalud

PROCESO	ESTRATEGICO	IMAGEN	OPERATIVO	FINANCIERO	CUMPLIMIENTO	TECNOLOGICO	CORRUPCIÓN	INFORMATICA	SEGURIDAD	TOTAL
GESTION ESTRATEGICA (P1)	1		1		1					3
GESTION DE CALIDAD (P2)			1		1					2
GESTION SOCIAL Y COMERCIAL (P3)										0
PROCESO COMUNITARIO (P4)										0
DOCENCIA SERVICIOS (P5)			1							1
AMBULATORIO (P6)			3		3	3				9
APOYO DIAGNÓSTICO (P7)			1							1
HOSPITALARIO (P8)			3			2				5
EPIDEMIOLOGIA (P9)										0
SEGURIDAD DEL PACIENTE (P10)			1		1					2
EXPERIENCIA AL USUARIO Y (P11)			1		1					2
GESTIÓN HUMANA (P12)			3		2					5
GESTIÓN FINANCIERA (P13)			3		2					5
GESTION ADMINISTRATIVA (14)			1		1					2
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO (P15)			2		1	1	1			5
GESTION DE LAS TIC (16)			2					3		5
GESTIÓN JURIDICA (P17)			1		1					2
CONTROL INTERNO (P18)			2		1					3

Total	1	0	26	0	15	6	1	3	0	52

GRÁFICO CONSOLIDADO DE RIESGOS POR TIPOLOGÍA



De acuerdo con la gráfica, en el Mapa de Riesgos Institucional aprobado, se observa que el **50%** corresponden a la tipología ***Operativo*** siendo esta la de mayor valor porcentual, seguido de ***Cumplimiento*** con el **29%**, ***Tecnológico*** con el **11%, *Informática*** con el **6%, *Corrupción*** con el **2%**, ***Estratégico*** con el **2%**, ***Financiero*** con el **0%**, ***Imagen*** con el **0%**, y ***Seguridad*** con el **0%**.

RESULTADODELMONITOREO

Los procesos que conforman la entidad remitieron a la página SIGES de la institución el monitoreo a los riesgos de gestión, y en una matriz de riesgos en Excel se remitieron los riesgos asistenciales (AMFE) ya que están en proceso para subirlos a la página

SIGES de la empresa, los de corrupción y seguridad digital y, en la matriz siguiente se refleja la información reportada, así:

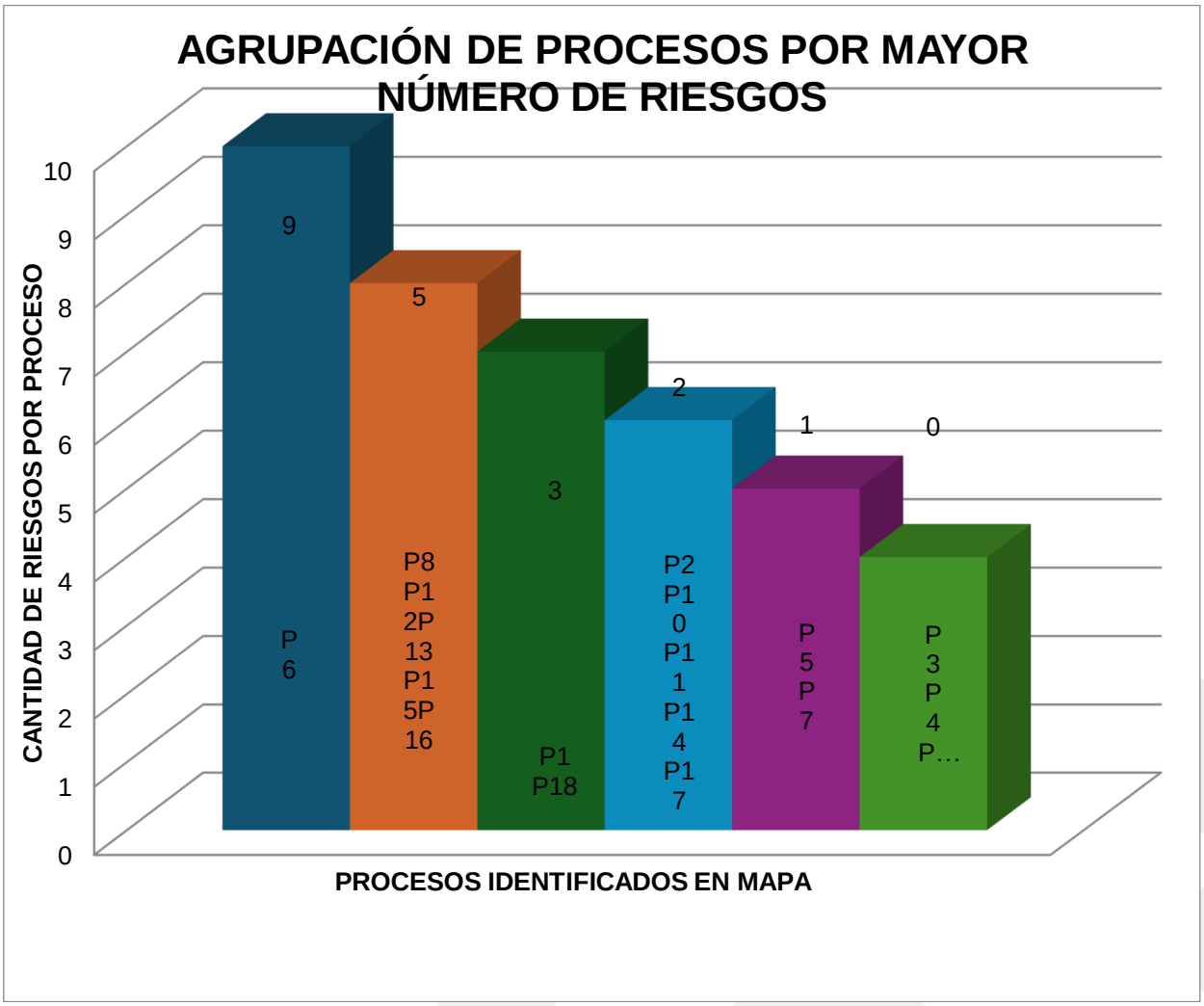
Proporción de Riegos por Proceso y Frecuencia de Materialización Enero a Abril de 2025

PROCESO	TOTAL RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS	FRECUENCIA RIESGOS MATERIALIZADOS	PORCENTAJE
GESTION ESTRATEGICA (P1)	3	0	0	3%
GESTION DE CALIDAD (P2)	2	0	0	1%
GESTION SOCIAL Y COMERCIAL (P3)	0	0	0	6%
PROCESO COMUNITARIO (P4)	0	0	0	7%
DOCENCIA SERVICIOS (P5)	1	0	0	7%
AMBULATORIO (P6)	9	0	0	4%
APOYO DIAGNÓSTICO (P7)	1	0	0	8%
HOSPITALARIO (P8)	5	0	0	4%
EPIDEMIOLOGIA (P9)	0	0	0	6%
SEGURIDAD DEL PACIENTE (P10)	2	0	0	3%
EXPERIENCIA AL USUARIO Y (P11)	2	0	0	3%
GESTIÓN HUMANA (P12)	5	0	0	4%
GESTIÓN FINANCIERA (P13)	5	0	0	13%
GESTION ADMINISTRATIVA (14)	2	0	0	6%

GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO (P15)	5	0	0	6%
GESTION DE LAS TIC (16)	5	0	0	4%
GESTIÓN JURIDICA (P17)	2	0	0	4%
CONTROL INTERNO (P18)	3	0	0	4%
TOTAL	52	0	0	93%

Durante el periodo de Enero a Abril de 2025, no se presentaron, ni reportaron materialización de riesgos de gestión ni asistenciales y su respectiva frecuencia por parte de los líderes de los dieciocho (18) procesos definidos en el mapa de procesos del sistema de gestión de calidad de la entidad. Lo cual conlleva a que se establezcan seguimiento a las acciones de control al interior de cada uno de los procesos

Gráfico de Agrupación de Procesos por mayor número de riesgos identificados.



Se evidenció que los procesos con la mayor probabilidad de materialización de riesgos respecto a la cantidad de riesgos que presentan son: Ambulatorio **(P6)** con **9** riesgos, seguido de hospitalario**(P8)** con **5** riesgos, gestión humana **(P12)** con **5** riesgos, gestión financiera **(P13)** con **5** riesgos, gestión de ambiente físico **(P15)**con **5** riesgos, Gestión de las Tics**(P16)**con **5** riesgos, seguido de Gestión Estratégica**(P1)**con **3** riesgos, y Control Interno**(P18)**con **3** riesgos, seguido de Gestión de la Calidad**(P2)** con **2** riesgos, Seguridad del Paciente **(P10)** con **2** riesgos, Experiencia al Usuario **(P11)** con **2** riesgos, Gestión Administrativa **(P14)** con **2** riesgos, y Gestión Jurídica **(P17)**con **2** riesgos, seguido de Docencia de Servicios**(P5)** con **1** riesgo, y Apoyo Diagnostico **(P7)**

con **1** riesgo, por ultimo Gestión Social y Comercial **(P3)** con **0** riesgo, Proceso Comunitario **(P4)** con **0** riesgos, y Epidemiologia**(P9)** con **0** riesgos.

Cuadro Consolidado Frecuencia de Materialización de Riesgos de Enero a Abril de2025

PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GESTION ESTRATEGICA (P1)	1.PLANEACION 2.PROYECTOS 3.GESTION DEL CONOCIMIENTO E INNOVACION 4.ESTADISTICA Y ANALISIS DE LA IMFORMACION 5.RIESGOS	Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones y Multas debido al no reporte o reporte extemporáneo de información de obligatorio cumplimiento a entes de inspección vigilancia y control frente a Circular Única, SIA Contraloría, Resolución 256 de 2016 y Decreto 2193 tabla de calidad y Sispro-Pisis y todas las demás que sean de obligatoriedad	0	0	0	0	0	0%
		Posibilidad de Afectación económica y reputación al por destitución o inhabilidad del Representante Legal debido a la evaluación Insatisfactoria por el no cumplimiento de las metas planteadas en el plan de Gestión Gerencial por fallas de seguimiento y evaluación oportuna.	0	0	0	0	0	0%
		Incumplimiento del plan de desarrollo institucional	0	0	0	0	0	0%
GESTION DE CALIDAD (P2)	1.MEJORAMIENTO CONTINUO 2.AUDITORIA CLINICA 3.HABILITACION	Posibilidad de afectación económica y reputacional por multas y sanciones por los entes de control debido a que los Hallazgos identificados en las auditoria internas y externa no cuenten con los respectivos planes de mejora o sean deficientes en el planteamiento.	0	0	0	0	0	0%
		Posibilidad de afectación económica y reputacional por Multas y Sanciones debido a la deficiencia en la realización de las auditorias internas de Calidad.	0	0	0	0	0	0%
GESTION SOCIAL Y COMERCIAL (P3)	1.CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD 2.COMUNICACIONES 3.MERCADEO		0	0	0	0	0	0%
			0	0	0	0	0	0%
			0	0	0	0	0	0%

PROCESO COMUNITARIO (P4)	**1.SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA 2.TRABAJO SOCIAL Y PARTICIPACION SOCIAL**		0	0	0	0	0	**0%**
			0	0	0	0	0	**0%**
			0	0	0	0	0	**0%**
DOCENCIA SERVICIOS (P5)	**N/A**	Posibilidad de afectación reputacional por sanciones de Ley y afectación a la seguridad del paciente debido a iniciar rotaciones sin los soportes por parte de los estudiantes (pólizas, hojas de vida, documentos de EPS y ARL)	0	0	0	0	0	**0%**
AMBULATORIO (P6)	**(PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD) 1.INFANCIA 2.ADOLESECIA Y JUVENTUD (SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA) 3.ENFERMEDADES CRONICAS 4.MATERNO PERINATAL 5.CANCER 6.SALUD MENTAL 7.VACUNACION (RECUPERACION) 8.CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA 9.ODONTOLOGIA 10.REHABILITACION 11.TELESALUD**	P.M. Posibilidad de Afectación Reputacional por el deterioro a la salud y la capacidad funcional por la identificación tardía o clasificación del riesgo de los pacientes debido a la falta que el personal asistencial no se adhiera a las guías y protocolos de manejo clínico.	0	0	0	0	0	**0%**
		P.M Posibilidad de afectación reputacional por sanciones por mal diligenciamiento de la historia clínica, debido al incumplimiento normativo y metodológico.	0	0	0	0	0	**0%**
		ODONT. Posibilidad de afectación reputacional por insatisfacción del usuario por no cumplimiento del plan de tratamiento debido Ausencia del personal asistencial, falta de insumos y/o daños en los equipos biomédicos	0	0	0	0	0	**0%**
		ODONT. Posibilidad de Afectación reputacional por Acciones inseguras en la prestacióagn del servicio odontológico debido a la no adherencia a guias y protocolos.	0	0	0	0	0	**0%**
		ODONT. Probabilidad de afectación económica y/o reputacional por el mal diligenciamiento de las Historias Clínicas generando desde sanciones jurídicas hasta la pérdida de licencias profesionales.	0	0	0	0	0	**0%**

		CONS.MED.GEN Posibilidad de afectación económica y reputacional por demanda a causa del deterioro físico, emocional y psiquiátrico del paciente y su familia debido a baja adherencia a los protocolos y guías institucionales y nacionales y el mal diligenciamiento de la Historia Clínica	0	0	0	0	0	**0%**
		TERAP.COMPLEM. Posibilidad de Afectación Económica y Reputacional por demanda del Paciente por lesiones físicas a causa de procedimientos propios del servicio de terapias complementarias debido al uso inadecuado de equipos biomédicos y/o medios físicos	0	0	0	0	0	**0%**
		TERAP.COMPLEM. Posibilidad de Afectación reputacional por el no cumplimiento de expectativas del paciente por deficiencia en el proceso de su rehabilitación, debido a inadecuado diligenciamiento de evaluación inicial, manejo diario y finalización del tratamiento terapéutico consignado en la historia clínica.	0	0	0	0	0	**0%**
		TERAP. COMPLEM. Probabilidad de afectación económica y/o reputacional por el mal diligenciamiento de las Historias Clínicas generando desde sanciones jurídicas hasta la pérdida de licencias profesionales.	0	0	0	0	0	**0%**
APOYO DIAGNÓSTICO (P7)	**1.LABORATORIO 2.IMAGENOLOGIA**	Posibilidad de impacto Económico y Reputacional por Inoportunidad en la emisión de resultados debido a la ausencia de un plan de contingencias, mantenimiento de Equipos, capacitación insuficiente al personal sobre los procesos y/o procedimientos del laboratorio, insuficiencia de insumos y/o reactivos para el procesamiento.	0	0	0	0	0	**0%**

VIGILADO Supersalud

icontec ISO 9001 co-sc 7215-1
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

HOSPITALARIO (P8)	**1.URGENCIAS 2.HOSPITALIZACION 3.FARMACIA 4.ESTERILIZACION 5.CIRUGIA 6.PARTOS**	URG-HOSPT. Posibilidad de Afectación Económica y Reputacional a causa de demanda por muerte de Paciente en la atención del servicio de urgencias debido a la no adherencia de guías y protocolos institucionales de atención al paciente	0	0	0	0	0	**0%**
		FARMAC. Posibilidad de afectación reputacional por Prolongación de Enfermedad del paciente por demora en la entrega de los medicamentos debido a la deficiencia en la solicitud y/o dispensación sin una adecuada evaluación y planificación.	0	0	0	0	0	**0%**
		FARMAC. Posibilidad de Afectación Económica y reputacional por multa o cierre del servicio farmacéutico debido a gestión deficiente del inventario de medicamentos de control especial Y Recepción de medicamentos que no cuentan con registro INVIMA y averiados, o en mal estado.	0	0	0	0	0	**0%**
		FARMAC. Probabilidad de afectación económica y/o reputacional por la recepción de medicamentos sin órdenes de compras, sin remisión y/o Factura.	0	0	0	0	0	**0%**
		CIRUG Y PART. Posibilidad de afectación reputacional por perdida de imagen con las gestantes por confiabilidad en la atención de parto seguro debido a complicación durante el parto. (sufrimiento fetal, hemorragia, desprendimiento prematuro de placenta)	0	0	0	0	0	**0%**
EPIDEMIOLOGIA (P9)	**N/A**		0	0	0	0	0	**0%**
			0	0	0	0	0	**0%**
			0	0	0	0	0	**0%**

SEGURIDAD DEL PACIENTE (P10)	**N/A**	El equipo de atención y orientación al usuario periódicamente realiza seguimiento a las IPS relacionadas en las (PQRS) manifestadas por los usuarios con el objetivo de dar respuesta y generar una mejora continua en el servicio brindado y así dar respuesta al usuario.	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de evento adverso o no resolutividad de la necesidad de salud durante la atención de los pacientes que demandan servicios de urgencias por no gestionar las fallas asistenciales o administrativas en los atributos relacionados (Oportunidad, Calidad, pertenencia, acceso etc) debido a deficientes o insuficientes controles	0	0	0	0	0	**0%**
EXPERIENCIA AL USUARIO Y (P11)	**1.SIAU 2.HUMANIZACION 3.ACCESO AL SERVICIO**	Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento en tiempos de respuesta de Peticiones, Quejas, Reclamos y solicitudes (PQRS) de los usuarios, debido a la gestión no efectiva y oportuna de las quejas.	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de afectación reputacional y económica por trato inadecuado o irrespetuoso a pacientes y sus familias o cuidadores, debido a demandas por barreras en la prestación del servicio.	0	0	0	0	0	**0%**
GESTIÓN HUMANA (P12)	**N/A**	Posibilidad de Afectación Económica y reputacional por sanción del ente de control por deficiencia en la ejecución del plan institucional debido a falta de planeación y no cumplimiento del cronograma de capacitación	0	0	0	0	0	**0%**
		Probabilidad de sanción económica y reputacional por parte de la entidad reguladora debido a la No ejecución del plan de Bienestar Social	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de Afectación Económica y reputacional por sanción del ente de control a causa de los Pagos por Conceptos de Nómina no Justificados	0	0	0	0	0	**0%**

		Posibilidad de Afectación Económica y reputacional por sanción del ente de control por la no radicación y Gestión de cobro de las incapacidades ante las aseguradoras	0	0	0	0	0	**0%**
		Probabilidad de sanción económica y reputación al por parte de la entidad reguladora debido a la No ejecución del plan Anual de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo(SST)	0	0	0	0	0	**0%**
GESTIÓN FINANCIERA (P13)	**1.PRESUPUESTO 2.CARTERA 3.TESORERIA 4.CONTABILIDAD 5.FACTURACION 6.GLOSAS 7.COSTOS**	Posibilidad de afectación económica y reputacional por multa y/o sanciones de los organismos de control por reportar o registrar informes financieros en forma inexactas y extemporáneamente en el sistema de información o en las plataformas de acuerdo con el ente de Control y vigilancia.	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de afectación económica y reputacional en la operación de la ESE a causa de no contar con el aforo presupuestal suficiente en cada uno de los rubros , debido al Seguimiento no oportuno de la ejecución de ingresos y de gastos de acuerdo a las necesidades y prioridades de la institución	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de afectación en la estabilidad financiera y sostenibilidad económica de la E.S.E. por la no formulación de estrategias, seguimiento, acompañamiento y verificación permanente del cumplimiento de directrices, procesos y procedimientos en materia de facturación, cartera y glosas de los servicios ofertados, debido a la no radicación de la facturación	0	0	0	0	0	**0%**
		Probabilidad de afectación por perdida de recursos económicos por suplantación de acceso al portal bancario de la institución, debido a deficiencia en las herramientas y parámetros de seguridad establecidos en el manejo del aplicativo transaccional de la E.S.E.	0	0	0	0	0	**0%**

		Probabilidad de afectación por perdida de recursos económicos por faltantes de dinero de las cajas de facturación de las IPS adscritas a la E.S.E., debido a deficiencia en seguimiento permanente del boletín de ingresos frente a las consignaciones realizadas en las cuentas oficiales de la institución.	0	0	0	0	0	**0%**
GESTION ADMINISTRATIVA (14)	**1.COMPRAS 2.GESTION DOCUMENTAL 3.ALMACEN 4.ADMINISTRACION IPS**	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por no prestación de servicios asistenciales a causa del desabastecimiento de insumos y/o suministros debido a la falta en la oportunidad de entrega por parte de los proveedores, y además de la deficiencia en la planeación de adquisiciones de los insumos.	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de Afectación Económica y Reputacional por Multas, Sanciones o Demandas, por una inadecuada gestión de la producción y recepción documental de la entidad	0	0	0	0	0	**0%**
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO (P15)	**1.AMBIENTE FÍSICO 2.GESTION AMBIENTAL 3. MANTENIMIENTO 4.ACTIVOS FIJOS**	Posibilidad de afectación económica por aumento en la ejecución del presupuesto de gastos para la adquisición de activos por reposición, debido a la perdida o sustracción de activos fijos o elementos devolutivos dentro de las IPS adscritas a la Red de Salud de Ladera ESE	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de afectación económica o reputacional por la afectación en la seguridad del paciente, debido a la generación de acciones inseguras por tecno vigilancia que involucra eventos adversos, incidentes y fallas en la calidad de la atención relacionadas al uso de la tecnología existente.	0	0	0	0	0	**0%**
		posibilidad de afectación económica por deterioro o daño en los bienes muebles e inmuebles de la institución debido a la débil gestión en la ejecución de los planes de mantenimiento a la infraestructura hospitalaria	0	0	0	0	0	**0%**

VIGILADO Supersalud

		Posibilidad de afectación Económica o Reputacional por el deterioro a la salud de colaboradores o población de la zona de influencia por manejo inadecuado de la disposición final de los residuos sólidos generados en las diferentes IPS adscritas a la Red de Salud Ladera	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de sanción de los entes de control por incumplimiento de los requisitos legales ambientales aplicables a la entidad debido al no cumplimiento del cronograma de actividades anuales	0	0	0	0	0	**0%**
GESTION DE LAS TIC (16)	**N/A**	Posibilidad de Afectación Reputacional o Económica por Fuga o perdida de información Institucional debido a inadecuada gestión en los niveles de seguridad de la información	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de impactos económicos, reputacionales y operativos debido al acceso no autorizado o hackeo de los sistemas de información. Este riesgo se debe a la falta de respaldos periódicos de la información priorizada y a la no aplicación de las recomendaciones de seguridad establecidas	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de riesgo de impactos económicos, reputacionales y operativos debido a fallas en los servidores del datacenter y afectación de la disponibilidad de la información, causadas por el desconocimiento o la inadecuada manipulación de los recursos tecnológicos.	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de riesgo de impactos económicos y reputacionales debido a vulnerabilidades en el acceso a la información física o electrónica, ocasionadas por errores en la creación de usuarios, asignación inadecuada de privilegios, acceso no autorizado, hurto y/o hackeo a los sistemas de información institucional.	0	0	0	0	0	**0%**

VIGILADO Supersalud

		Posibilidad de riesgo de impactos económicos y operacionales debido a interrupciones en la prestación del servicio de internet en la Red, causadas por la caída del canal de conexión y/o fallas en el switch	0	0	0	0	0	**0%**
GESTIÓN JURIDICA (P17)	**N/A**	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por perdida de demandas debido a Inadecuada defensa judicial, eventual vencimiento de terminos procesales, falta de documentación de representación de los abogados defensores, demanda por responsabilidad extracontractual por actuación de contratistas o proveedores, Incumplir lo establecido en cada una de las etapas contractuales.	0	0	0	0	0	**0%**
		Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por incumplimiento en el requisito de verificación de SARLAFT de: contratistas, proponentes, miembros de la junta directiva generando Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control	0	0	0	0	0	**0%**
CONTROL INTERNO (P18)	**N/A**	probabilidad de incumplimiento del seguimiento realizado a las actividades formuladas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC	0	0	0	0	0	**0%**
		Probabilidad de incumplimiento del seguimiento a las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento suscrito con los entes de control por parte de los diferentes procesos de la Red Ladera	0	0	0	0	0	**0%**
		Probabilidad de incumplimiento de las actividades formuladas en el Plan Anual de Auditoria Internas	0	0	0	0	0	**0%**
TOTAL			0	0	0	0	0	**0%**

VIGILADO Supersalud

Acumulado Materialización Riesgos de Gestión

Periodo Enero a Abril de 2025

Durante el presente periodo no se reportaron materialización de riesgos de gestión por parte de los veinte (18) procesos definidos en el mapa de procesos del sistema de gestión de calidad de la entidad, sin embargo se recomienda realizar seguimiento periódico a las actividades ejecutadas en los procesos con el fin de identificar posibles eventos de riesgos que puedan afectar el desempeño de los mismos y realizar su respectivo registro de materialización para el manejo y tratamiento en plan de manejo de riesgos.

1. **SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS ANTICORRUPCIÓN PRIMER CUATRIMESTREDE 2025.**

En el seguimiento, se pudo corregir que las acciones definidas en el Plan de Tratamiento de Riesgos para controlar y mitigar su posible ocurrencia, se ha venido ejecutando según lo establecido, logrando con esto que no se hayan materializado las situaciones riesgosas que pueden afectar la gestión de los Procesos. Los controles van encaminados a evitar que se presenta en situaciones adversas ya sea por acción u omisión en detrimento de la entidad y en beneficio de terceros, por lo anterior se debe monitorear permanentemente su “probabilidad” e “impacto” con el fin de realizar oportunamente los ajustes requeridos y minimizar al máximo su ocurrencia. En este periodo no se evidenció materialización de algún riesgo anticorrupción.

2. **RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLANANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN ALCIUDADANO– PAAC**

Se verificó la elaboración y publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano- PAAC vigencia 2025 de la Red de Salud Ladera E.S.E, según lo dispone la ley 1712 de 2014, artículo 9 literal g.

Para el seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano–PAAC, la oficina de control interno, se basó en los lineamientos dados por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, contenidos en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano -versión2”, el cual fue tenido en cuenta para la elaboración del PAAC– 2025.

El seguimiento de Enero a Abril de 2025, se realiza de acuerdo con la información suministrada por los procesos que lideran la ejecución del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, versión 2.

A continuación, se presenta el avance al 30 de Abril de 2025 de los componentes que estructuran dicho plan y se realiza la validación por la Oficina de Control Interno.

a. Componente1: Gestión de Riesgos de Corrupción–Mapa de Riesgos de Corrupción.

La Entidad cuenta con el Mapa de Riesgos Institucional, el cual se elaboró siguiendo los parámetros establecidos en la metodología prevista para ello, y las regulaciones vigentes; con él se busca garantizar la eficacia de las acciones planteadas respecto a los riesgos asistenciales matriz de riesgos en formato Excel, está en proceso de subir la página SIGES de la institución, de corrupción identificados, se establecieron las directrices para administrarlos y se determinaron las acciones de control necesarias para contrarrestarlas o mitigarlas.

Para este componente la Oficina de Control interno tuvo en cuenta todas las actividades que hacen referencia al componente, así como el seguimiento y monitoreo del mapa de riesgos que realizan.

b. Componente 2: Racionalización de trámites.

Corresponde a los Procesos de comunicaciones, Informática, atencional usuario y participación social los cuales deben garantizar que se preste un servicio ágil y oportuno para el tratamiento de los requerimientos ciudadanos. En la actualidad se cuenta con 9 trámites aprobados por la función pública.

c. Componente 3: Rendición de Cuentas

Este componente se encuentra identificado en el documento elaborado por la entidad, se realizo el proceso de rendición de cuentas a la comunidad conforme a los parámetros definidos por la Superintencia Nacional de Salud.

CONCLUSION:

Si bien este componente está identificado en el documento en mención, la entidad realizó durante el primer cuatrimestre del presente año, la rendición de cuentas de manera presencial y virtual en la que se llevo a cabo conforme a los lineamientos dado por la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se realizó el día 28 de febrero de 2025. Desde las instalaciones de la entidad para toda la comunidad y diferentes partes interesadas.

d. Componente 4: Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano

Este componente la entidad cuenta con una oficina de atención al usuario y participación ciudadana, que articula todas sus actividades con las diferentes asociaciones y ligas de usuarios conformadas en la Red de Salud de Ladera. Se llevo a cabo el proceso de gestión y seguimiento a las peticiones, quejas y reclamos de forma trimestral del primer trimestre de 2025 por parte de la oficina de atención al ciudadano de la Red Ladera.

e. Componente 5: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información

Este componente se encuentra contemplado en el documento elaborado por la entidad, por lo que se recomienda por parte de esta oficina ajustar el plan e incluir en el componente en mención. Se realizo la actualización de la pagina web de la entidad conforme a los lineamientos dados por el Ministerio de las Tecnologías y las Comunicaciones TICS según resolución 1519 de 2020 y sus anexos respectivos para dar cumplimiento a lo definido en la Ley 1712 de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

f. Componente 6: Iniciativas Adicionales

Este componente no se encuentra contemplado en el documento elaborado por la entidad, por lo que se recomienda por parte de esta oficina ajustar el plan e incluir en el componente en mención para la siguiente vigencia.

CONCEPTO OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA:

Una vez analizados los diferentes criterios establecidos en la política anticorrupción de la entidad, según lo establecido en la Ley 1474 de 2011, la entidad cumple con las

actividades determinadas para el primer (I) cuatrimestre evaluado en lo definido en los diferentes componentes de la estrategia anticorrupción, obteniendo un cumplimiento del 82%ubicándose en la zona ALTA- VERDE, en intervalo de 80 a 100%.

De0- 59%	**Rojo**	**ZonaBaja**
De60 a 79%	**Amarillo**	**ZonaMedia**
De80 a 100%	**Verde**	**ZonaAlta**

FORTALEZAS:

Liderazgo de las oficinas de planeación y control interno, pues ha venido realizando un trabajo con todos los servidores públicos de manera directa, activa, participativa, donde cada uno de los líderes de los procesos ajustó los mapas de riesgos de sus respectivos procesos.

Fomento y Promoción por parte de la Oficina de Control Interno, del principio del autocontrol, resaltando la importancia de que los procesos realicen sus respectivos seguimientos y Evaluación a todas las actividades realizadas, de manera que puedan detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos se materialicen.

RECOMENDACIONES:

i-. Continuar realizando monitoreo, seguimiento y evaluación a todas las actividades con el propósito de detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos se materialicen.

2-. Se recomienda a los responsables de los procesos continuar aplicando un análisis de las causa raíz, así como de las acciones de control definidas para cada riesgo, con el fin de ajustarlos y evitar su recurrencia en la materialización del riesgo que puedan la ejecución de los procesos; de igual manera se realice seguimiento permanente y minucioso a las actividades de control y a los planes de mejoramiento suscritos por la materialización de los mismos.

1-.Se recomienda realizar una revisión y actualización para la siguiente vigencia de los mapas de riesgos por parte de los responsables de cada uno de los procesos con el acompañamiento de las oficinas de planeación y control interno con el fin de identificar nuevos factores de riesgos y controles que permitan mitigar la exposición de los procesos y afectar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas por la entidad.

CONCLUSIONES:

La Red de Salud Ladera E.S.E. a través de los diferentes procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad y por medio de sus funcionarios y colaboradores, deben continuar fortaleciendo su política de riesgos de gestión, anticorrupción y seguridad digital con sus controles asociados, en aras de prevenir la materialización de los riesgos al interior de los procesos, con el fin de promover la mejora continua de su Sistema de Gestión.

Los riesgos de corrupción en la entidad están gestionados de acuerdo con las Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la Red de Salud Ladera E.S.E. según la matriz muestra que se encuentran en la zona baja, lo que garantiza que se tienen definidos controles claros y efectivos que le apuntan a eliminar las causas del riesgo y así mitigar su efecto en caso de materialización, se encuentran monitoreados y como soporte del monitoreo en los formatos Seguimiento Actividades de Control Mapa de Riesgos y Registro de Materialización de Riesgo, de acuerdo a la Metodología para la administración del riesgo de gestión, corrupción y seguridad digital y el diseño de controles 2020–versión 05 según lo verificado en este seguimiento.

Por lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno considera de acuerdo con el seguimiento y la verificación realizada, en términos generales, que los mecanismos de control establecidos por la entidad, en el marco de los riesgos por procesos y riesgos de corrupción en la mayoría de sus gestiones, han sido adecuados para garantizar la eficacia del Sistema de Control Interno.

Atentamente,



RAFAEL CUBILLOS HOYOS

Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró y Proyectó: Gregorio Franco Cortes Apoyo de la oficina de control interno de la Red de Salud Ladera