	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 1 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DEL RIESGO - VIGENCIA 2025 INFORME No. 82 -2025

Fecha del informe: 12/12/2025 **Periodo evaluado: 01/01/2025 – 31/10/2025**

Proceso / Subproceso: Gestión Estratégica /Formulación, seguimiento y evaluación organizacional / Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

Líder de Proceso: Andrea Lucia Blanco Mejía - Jefe Oficina Desarrollo Institucional (E)

Responsable del Subproceso: Dina Marcela Rojas Alvernia

Equipo Auditor: Oscar Vergara, Alexander Rodriguez

1. OBJETIVO.


Evaluar el cumplimiento de los criterios normativos asociados con la gestión del riesgo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, en particular, con la implementación de los lineamientos dispuesto en las Circulares Externas: 20211700000004-5 y 20211700000005-5 de 2021, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud y la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en las Entidades Públicas, versión 7, del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, de agosto de 2025, con el fin de identificar oportunidades de mejora y proponer recomendaciones para optimizar la administración de riesgos.

2. ALCANCE.

El alcance del presente informe se engloba en el cumplimiento de las circulares 20211700000004-5 y 20211700000005-5 de la Superintendencia Nacional de Salud, así como las metodologías adoptadas para la gestión y tratamiento de riesgos, a través de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en las Entidades Públicas, versión 7, del DAFP junto con el Manual de Gestión y Administración del Riesgo de la Subred Norte, con corte al octubre 31 de 2025.

3. CRITERIOS.

- Decreto 1499 de 2017, "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015" (se adopta MIPG)
- Ley 2195 de 2022, Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1122 de 2024, Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública
- Norma Técnica NTC ISO 31000 2021" El valor de la gestión de riesgos en las organizaciones"

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 2 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

- Circular Externa 20211700000004-5 de 2021. Instrucciones relativas a Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional y el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos
- Circular externa 20211700000005-5 de la Supersalud del 17 septiembre de 2021, “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 009 de 2016 de la Supersalud, 21 de abril de 2016,” por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo (SARLAFT).

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA – DAFP

- Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - Versión 7 – agosto de 2025.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

- Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, versión 6, Código ES-GE-M-02. Subred Norte E.S.E.
- Manual para la administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo-SARLAFT, proliferación de armas de destrucción masiva-PADM y sistema de corrupción, opacidad y fraude-SICOF, con el código AP-GF-M-01 Versión 4 del 5 de abril de 2024.
- Resolución 810 del 29 de septiembre 2022 “por la cual se deroga la resolución 491 de 2021, mediante la cual se crea el comité Auditor de riesgos y lavado de activos de la Subred Norte y se adopta la mesa técnica auditora de riesgos SARLAFT/PADM/SICOF.

4. METODOLOGIA.

Para agosto de 2024 la Oficina de Control Interno, formuló el informe de seguimiento número 40, relacionado con la gestión de Riesgos en la Subred Norte E.S.E., a través del cual, se aplicó una prueba de cumplimiento, de conformidad con las Circulares relacionadas emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), donde se evaluaron los aspectos generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos-SIGR y el estado de desarrollo de cada uno de los ocho (8) subcomponentes señalados en la citada norma. La principal conclusión, detectó el incumplimiento parcial en los aspectos técnicos y de los plazos establecidos, lo que conllevó a generar una serie de recomendaciones, encaminadas a: *“fortalecer la gestión de riesgos y asegurar el cumplimiento de las políticas y procedimientos necesarios para una administración eficiente y transparente”* (páginas 26 a la 29).

En tal sentido, para el actual informe de seguimiento, se retomó la prueba de cumplimiento, estableciendo el momento actual de la implementación del SIGR, evaluando los principales aspectos de su estructuración, según lo reglado en las Circulares de la SNS mencionadas, soportados en relación con la documentación dispuesta en el sistema ALMERA, la evaluación de los mapas de riesgos (Institucional, de Corrupción, Seguridad de la Información, Clínicos) y la información disponible en la página Web institucional.

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 3 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

De la misma forma y con la reciente expedición por el DAFP, de la “Guía para la Gestión Integral del Riesgo en las Entidades Públicas, versión 7”, se aplicó la “Matriz estado de madurez de la gestión del riesgo parametrizada”: esquema que evalúa los componentes que integran una óptima gestión del riesgo, en el marco COSO-ERM para su intervención, a saber:

Componente	Principios
Gobierno y Cultura	Supervisión de riesgos a través del consejo de administración.
	Establece estructuras operativas
	Define la cultura deseada
	Demuestra compromiso con valores clave
Establecimiento de la estrategia y objetivos	Atrae, desarrolla y retiene a profesionales capacitados
	Analiza el contexto (externo e interno)
	Define el apetito del riesgo
	Evalúa estrategias alternativas
Desempeño	Formula objetivos estratégicos y operacionales
	Identifica y describe el riesgo
	Evalúa el riesgo inherente
	Diseña controles efectivos
Análisis y monitorización	Prioriza riesgos
	Desarrolla visión integral
	Evalúa los cambios significativos
	Revisa el riesgo y el desempeño
Información, Comunicación y Reporte	Persigue la mejora de la gestión del riesgo
	Aprovecha la información y la tecnología
	Comunica información sobre riesgos
	Informa sobre el riesgo, la cultura y el desempeño

Imagen No 1. Componentes y principios evaluables modelo de madurez.

Fuente: Guía para la Gestión Integral del Riesgo en las Entidades Públicas, versión 7, del DAFP, 2025.


Tal y como lo establece la Guía del DAFP: “*el instrumento propuesto consolida o resume los resultados por componente y genera un mapa de calor, donde se resaltarán los temas a intervenir en una escala de severidad o prioridad para su atención, de tal manera que las Oficinas de Planeación o gerencias de riesgos, como instancias de 2ª línea, puedan proponer a la alta dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno u otra instancia del mismo nivel jerárquico las orientaciones o acciones que desde allí deben surgir para garantizar la gestión integral del riesgo en la entidad*”.(página 34)

Por último, se realizó una evaluación en el Manual del SIGR, versión 6, Código ES-GE-M-02 de la Subred Norte ESE, el cual transcurrido un año de su actualización y atendiendo a la normatividad vigente, permitirá establecer el estado actual de las metodologías incluidas y el momento institucional del marco operacional diseñado para atender los nuevos desarrollos planteados en la Guía del DAFP, versión 7.

5. EJECUCION.

5.1. GENERALIDADES DE LA ADMINISTRACION DE RIESGOS INSTITUCIONAL EN LA SUBRED NORTE ESE.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. dispone en el link de “RIESGOS” del aplicativo ALMERA, cuatro (4) grupos a saber: Institucionales, de Corrupción, Clínicos, Seguridad Información I y II semestre 2025. Para la vigencia 2025, se identificaron 205 riesgos para el primer semestre y 199 para el segundo semestre. La variación obedece a que en el segundo semestre se redujeron en 6 los riesgos de seguridad de la información. La siguiente tabla detalla el numero de riesgos identificados durante los últimos 3 años y el registro en ALMERA de los materializados:

	INFORMES DE CONTROL INTERNO			CÓDIGO: EV-EG-F-08
				VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN			PÁGINA: 4 DE 28
				FECHA: 29/12/2023

MACROPROCESO		PROCESO	Numero de riesgos 2023	Numero de riesgos 2024	Numero de riesgos 2025	Materializacion de Riesgos	
INTITUCIONALES							
ESTRATEGICOS	1,1	GESTION ESTRATEGICA	4	4	4	PARA LA VIGENCIA 2024 Y 2025 SE REGISTRARON EN ALMERA CUATRO (4) MATERIALIZADOS PARA CADA AÑO NO HAY REPORTE PARA EL 2023	
	1,2	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	2	2	2		
	1,3	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN: GESTION DEL CONOCIMIENTO	4	4	4		
	1,4	GESTIÓN DE CALIDAD	4	4	4		
MISIONALES	2,1	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	1	1	1		
	2,2	GESTIÓN AMBULATORIA	1	1	1		
	2,3	GESTIÓN DE URGENCIAS	5	5	5		
	2,4	GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGIA	1	1	1		
	2,5	GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	1	1	1		
APOYO	3,1	GESTION FINANCIERA	7	7	7		
	3,2	GESTION JURIDICA	1	1	1		
	3,3	GESTION DE LA CONTRATACION	4	4	4		
	3,4	GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	4	3	3		
	3,5	GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLOGICO	18	18	18		
	3,6	GESTION DEL TALENTO HUMANO	4	4	4		
EVALUACIÓN	4,1	EVALUACIÓN DE GESTIÓN	2	2	2		
	4,2	GESTIÓN DISCIPLINARIA	2	2	2		
SUBTOTAL			65	64	64		
DE CORRUPCION							
ESTRATEGICOS	1,1	GESTION ESTRATEGICA	1	1	2	PARA LA VIGENCIA 2024 Y 2025 SE REGISTRO EN ALMERA UN (1) MATERIALIZADO PARA CADA AÑO NO HAY REPORTE PARA EL 2023	
	1,2	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	1	1	1		
	1,3	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN: GESTION DEL CONOCIMIENTO	2	2	2		
	1,4	GESTIÓN DE CALIDAD					
MISIONALES	2,1	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	1	2	2		
	2,2	GESTIÓN AMBULATORIA					
	2,3	GESTIÓN DE URGENCIAS			1		
APOYO	3,1	GESTION FINANCIERA	3	3	3		
	3,2	GESTION JURIDICA					
	3,3	GESTION DE LA CONTRATACION	1	1	1		
	3,4	GESTION DE LA INFORMACION Y TICS	2	3	3		
	3,5	GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLOGICO	2	2	3		
	3,6	GESTION DEL TALENTO HUMANO	2	2	3		
EVALUACIÓN	4,1	EVALUACIÓN DE GESTIÓN	2	2	2		
	4,2	GESTIÓN DISCIPLINARIA	1	1	1		
SUBTOTAL			18	20	24		
SEGURIDAD DE LA INFORMACION							
APOYO	3,4	GESTION DE LA INFORMACION Y TICS		12	12	6	PARA LA VIGENCIA 2024 Y 2025 (I semestre) SE REGISTRO EN ALMERA UN (1) MATERIALIZADO
SUBTOTAL			0	12	12	6	
CLINICOS							
APOYO	1,4	GESTIÓN DE CALIDAD	31				PARA LA VIGENCIA 2024 Y 2025 SE REGISTRARON 36 MATERIALIZACIONES PARA CADA AÑO EN ALMERA NO HAY REPORTE PARA EL 2023
MISIONALES	2,1	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	0	9	9		
	2,2	GESTIÓN AMBULATORIA		16	30		
	2,3	GESTIÓN DE URGENCIAS		21	23		
	2,4	GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGIA		30	31		
	2,5	GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		12	12		
SUBTOTAL			31	88	105	0	
GRAN TOTAL			114	184	205	199	

Tabla No 1. Matrices de Riesgo vigencia 2023, 2024, y 2025, Subred Norte ESE.

Fuente: Aplicativo Almera, Link de Riesgos. 2025.

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 5 DE 28
		FECHA: 29/12/2023


A su vez, la siguiente tabla presenta los niveles de criticidad y riesgo residual para la vigencia 2025, de los cuatro (4) grupos de riesgos identificados:

INSTITUCIONALES				
RANGOS DE EVALUACION	Criticidad Inicial	% participación	Riesgo Residual	% participación
Riesgo Bajo	0	0,00%	13	20,31%
Riesgo Moderado	24	37,50%	32	50,00%
Riesgo Alto	27	42,19%	11	17,19%
Riesgo Extremo	13	20,31%	8	12,50%
TOTAL RIESGOS	64		64	
CORRUPCION				
RANGOS DE EVALUACION	Criticidad Inicial	% participación	Riesgo Residual	% participación
Riesgo Bajo	0	0,00%	0	0,00%
Riesgo Moderado	2	8,33%	4	16,67%
Riesgo Alto	5	20,83%	7	29,17%
Riesgo Extremo	17	70,83%	13	54,17%
TOTAL RIESGOS	24		24	
CLINICOS				
RANGOS DE EVALUACION	Criticidad Inicial	% participación	Riesgo Residual	% participación
Riesgo Muy Bajo	0	0,00%	0	0,00%
Riesgo Bajo	0	0,00%	4	3,81%
Riesgo Moderado	2	1,90%	22	20,95%
Riesgo Alto	103	98,10%	79	75,24%
TOTAL RIESGOS	105		105	
SEGURIDAD DE LA INFORMACION (I semestre 2025)				
RANGOS DE EVALUACION	Criticidad Inicial	% participación	Riesgo Residual	% participación
Riesgo Bajo	0	0,00%	0	0,00%
Riesgo Moderado	0	0,00%	2	16,67%
Riesgo Alto	1	8,33%	10	83,33%
Riesgo Extremo	11	91,67%	0	0,00%
TOTAL RIESGOS	12		12	
SEGURIDAD DE LA INFORMACION (II semestre 2025)				
RANGOS DE EVALUACION	Criticidad Inicial	% participación	Riesgo Residual	% participación
Riesgo Bajo	0	0,00%	0	0,00%
Riesgo Moderado	0	0,00%	3	50,00%
Riesgo Alto	4	66,67%	3	50,00%
Riesgo Extremo	2	33,33%	0	0,00%
TOTAL RIESGOS	6		6	

Tabla No 2. Niveles de criticidad y riesgo residual para la vigencia 2025.

Fuente: Aplicativo Almera, Link de Riesgos 2025.

Las tablas aquí presentadas examinan el comportamiento en las recientes vigencias, donde se logró evidenciar entre otras las siguientes situaciones:

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 6 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

- Los riesgos institucionales no han sido actualizados desde hace 3 años, lo que se agrava con el detalle del riesgo residual que alcanzo rangos en la matriz de severidad del orden de 29,69% entre Alto y Extremo. La situación se agrava para el grupo de riesgos de Corrupción, donde los rasgos de la matriz de severidad, calificados como Alto y Extremos, alcanzan una cifra de 83.33%, lo que corresponde a 20 de los 24 riesgos identificados.
- La materialización de riesgos, que requiere una gestión inmediata para minimizar y prever futuras incidencias, no presenta una estrategia de intervención clara y oportuna. De hecho, en ALMERA se pudo evidenciar la materialización del mismo riesgo, durante las dos últimas vigencias. La siguiente tabla extraída de ALMERA, evidencia el comportamiento de las materializaciones durante el último trienio:

GRUPO DE RIESGOS	Número de riesgos materializados		
	Vigencia 2023	Vigencia 2024	Vigencia 2025
Institucionales	No disponible	4	4
De Corrupción	No disponible	1	1
De seguridad de la Información	No disponible	1	1 para el I semestre No registra en II semestre
Clínicos	No disponible	36	36

Tabla No 3. Riesgos Materializados vigencias 2023,2024 y 2025. Subred Norte ESE

Fuente: Aplicativo ALMERA. Link de Riesgos 2023,2024 y 2025.

- Esta Oficina evidencio que la matriz de riesgos institucionales no está disponible en la página web, como se observa en la gráfica, lo que se identifica como un incumplimiento a la Ley 1712 de 2014 de Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública.

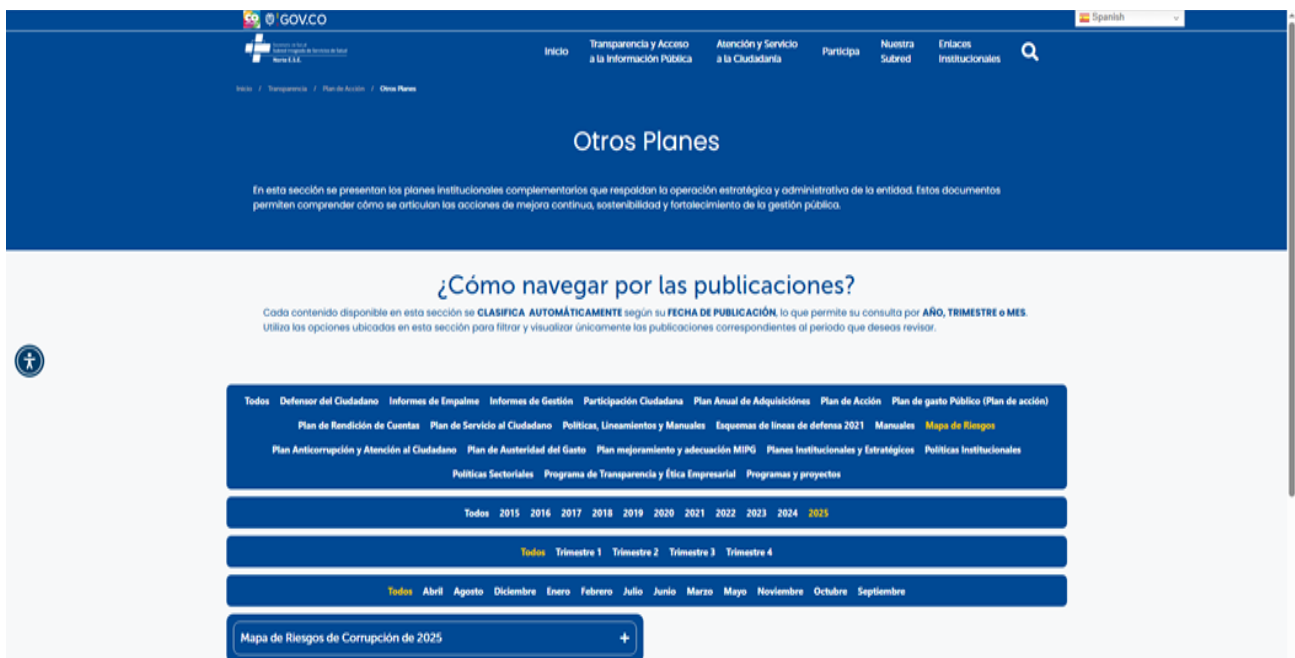



Imagen No 2. Link Transparencia página web Subred Norte ESE.

Fuente: Página Web- Subred Norte 2025.

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 7 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

- La información presentada de la vigencia 2025, reitera lo encontrado en el informe de seguimiento realizado por esta Oficina durante la vigencia 2024, donde se evidenció una disminución relativamente modesta del riesgo inherente al riesgo residual, profundizado durante el presente año, por un apetito de riesgo total que ya alcanza niveles de alto y extremos cercanos al 73%.
- El grupo de riesgos de Clínicos, sigue solo desplegado para las unidades de Chapinero, Suba, Boyacá Real y Española, lo que reitera la observación realizada en la vigencia 2024, respecto a extender la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) y Gestión del Riesgo Clínico para las demás unidades de servicio.

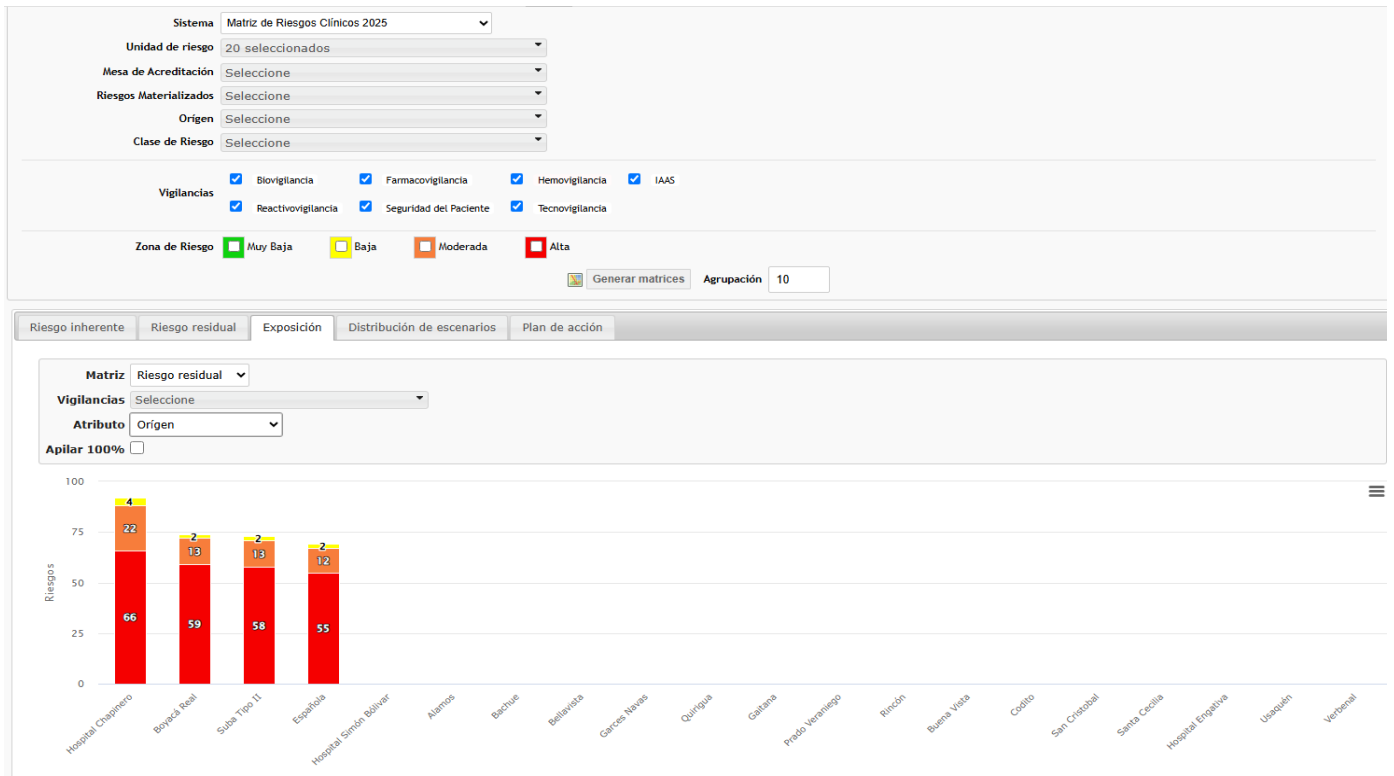



Imagen No 3. Matriz de Riesgos Clínicos 2025
Fuente: Aplicativo Almera, Link de Riesgos 2025


- Ahora bien, en atención a la clasificación establecida en la Circular Externa 2021170000004-5 de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, respecto a los ocho (8) grupos de riesgos y sus respectivos subcomponentes, solo se logró evidenciar en el aplicativo ALMERA -Link de riesgos, la existencia de (3) grupo de riesgos (operacional, salud y SARLAFT). El subsistema Operacional se encuentra inmerso en el grupo de riesgos institucionales. El subsistema salud, se encuentra clasificado como Riesgos Clínicos y solo está identificado para 4 sedes de las 26 que tiene la Subred Norte ESE. Finalmente, el subcomponente SARLAFT se encuentra inmerso en el grupo de Riesgos denominado Riesgos de Corrupción, incumpliendo lo establecido en la Circular 0211700000004-5 de la SNS.

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 8 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

- Finalmente, el presente seguimiento evaluó el “Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, versión 6”, Código ES-GE-M-02 de la Subred Norte E.S.E, disponible en el aplicativo ALMERA, de cara a su actualización ante la expedición de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - Versión 7, del DAFP, encontrando las siguientes situaciones:
 - El esquema de la política formulada y reseñada en el Manual, no contempla nuevos requerimientos en particular: el componente de liderazgo y compromiso frente a la asignación de recursos para gestionar el riesgo; la articulación del ámbito de la gestión del riesgo y el marco conceptual del apetito de riesgo, tolerancia al riesgo y capacidad de riesgo, entre otros. Como lo establece la Guía la política de gestión del riesgo debe ser aprobada, en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), antes de actualizar el mapa de riesgos.
 - Se evidenció la falta de adaptación a la realidad institucional de la matriz de probabilidad e impacto, la cual se recomienda generar con clasificaciones para cada uno de los procesos. A su vez, se recomienda adoptar la matriz de severidad, matriz de riesgos fiscales, la criticidad de activos de información e incluir el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP. Es importante, establecer en el Manual que el rol de la gestión del riesgo es preventivo y no reactivo con la materialización del riesgo.
 - Ausencia de una estrategia encaminada a generar una cultura del Riesgo, pues no se trata de formular un mapa de riesgos o tenerlo disponible y realizarle seguimientos trimestrales, se trata de crear un sistema integrado de gestión, soportado en esquema cultural
 - Se evidenció la inclusión de gráficos de versiones del año 2022 de la Guía de Riesgos DAFP, versión 4, como se puede observar en las siguientes imágenes, por lo que se recomienda que el Manual se apoye en esquemas de Gestión de Riesgo, contenidos en la versión 7 de la Guía del DAFP.



Figura 1. Relaciones entre los principios, el marco de referencia y los procesos para la gestión del riesgo. NTC ISO 31000 -2011.

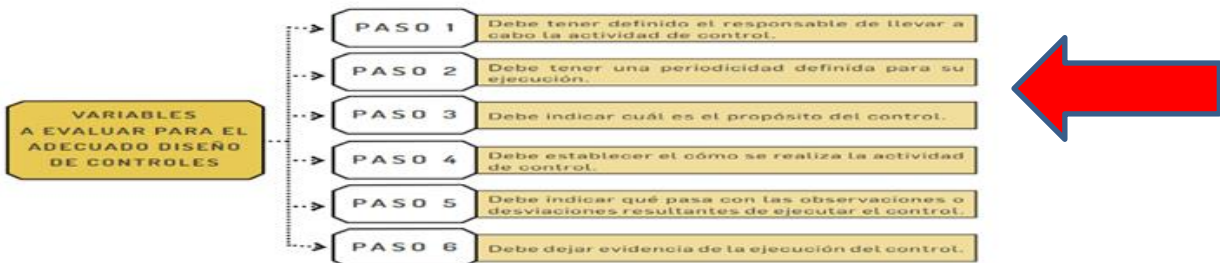
	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 9 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: ES-GE-M-02
		VERSIÓN: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 57 DE 102
		FECHA: 16/09/2025

- ❖ actividad por realizar
- ❖ responsable,
- ❖ fecha de implementación y
- ❖ fecha de seguimiento (IV) estado

En conclusión, al momento de definir los controles es importante considerar que los mismos se encuentren bien diseñados, es decir, que efectivamente estos mitiguen las causas que hacen que el riesgo se pueda materializar.

Por lo anterior es necesario realizar los siguientes pasos para validar que el diseño del control sea adecuado:



Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 4 del Departamento de la Función Pública -DAFP.

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS	CÓDIGO: ES-GE-M-02
		VERSIÓN: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN ESTRATÉGICA	PÁGINA: 101 DE 102
		FECHA: 16/09/2025

15. BIBLIOGRAFIA

- Auditoría Basada en Riesgos. Ed. ECOE 2007.
- Gestión Integral de Riesgos. Tomo I. Segunda Edición. Bravo & Sánchez. 2007
- Guía para la Administración del Riesgo. Departamento Administrativo de la Función Pública Cuarta - Edición. 2011
- Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles para entidades públicas. Función - - Pública. Versión 4. octubre 2018
- ICONTEC: NTC- ISO 9001. Sistemas de Gestión de la Calidad.
- ICONTEC: NTCGP 1000:2009 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública ICONTEC: NTC-ISO 31000.2011 Norma Técnica Colombiana de Gestión del Riesgo.
- Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI Función Pública. 2014.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional. Versión 3. Departamento Administrativo de la Función Pública. Diciembre de 2019
- - Manual de Implementación Modelo Estándar de Control Interno para el estado colombiano MECI 1000:2005. Versión 02. 2008.
- Decreto 943 de 2014 por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)
- Circular Externa 009 de 2016, por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo (SARLAFT)
- Circular Externa 005-5 de 2021, por la cual se imparten 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
- Decreto Decreto 479 de 2024, por medio del cual se expide el Decreto Único Distrital del Sector Gestión Jurídica y adopta el Modelo de Gestión Jurídica Anticorrupción para el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones

Imagen No 4. Gráficos de la Guía Riesgos DAFP versión 4

Fuente: Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, versión 6", En ALMERA.,2025

Finalmente, como ha sido recomendado desde el DAFP y la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República, para el Subsistema SARLAFT, cada entidad debe contar con un Manual de Debida Diligencia, en el Conocimiento de las Contrapartes, lo que hace parte integral del Programa de Transparencia (página 154 de la Guía DAFP, versión 7).

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 10 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

5.2. SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS CIRCULARES EXTERNAS 20211700000004-5 y 20211700000005-5 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Atendiendo El seguimiento de las Circulares de la SNS realizado con el presente informe aplico la misma prueba de cumplimiento diseñada por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2024, con el objeto de establecer los niveles de avance de las recomendaciones realizadas. La prueba contempla: “*los requisitos más relevantes exigidos por la norma, resaltando los puntos clave conforme a la normativa y comparando la información existente en el sistema Almera*”. Adicionalmente, calificó el contenido y la calidad técnica del soporte, atendiendo a la siguiente escala de medición:

ATRIBUTO	Límite Inferior	Límite Superior
No Cumple (NC): No se dispone de documentación adecuada y/o el procedimiento correspondiente no está establecido, resultando en un incumplimiento total de los requisitos normativos.	0	20
Cumplimiento Parcial Disminuido (CP-): Muy poca documentación que respalda la respuesta se relaciona con los productos, objetivos y/o servicios requeridos, en términos técnicos y de calidad, mostrando un avance mínimo en la implementación de los requisitos de la norma.	21	40
Cumplimiento Parcial (CP): Parte de la documentación que respalda la respuesta está relacionada con los productos, objetivos y/o servicios requeridos cumple con los requisitos técnicos y de calidad, evidenciando un avance importante, aunque aún insuficiente para alcanzar el cumplimiento total.	41	60
Cumplimiento Parcial Aumentado (CP+): La mayoría de la documentación que respalda la respuesta está alineada con los productos, objetivos y/o servicios requeridos, en términos de requisitos técnicos y de calidad, mostrando un avance significativo hacia el cumplimiento total.	61	80
Cumplimiento Total (CT): La documentación que respalda la respuesta cumple completamente con los requisitos técnicos y de calidad establecidos y alcanza su objetivo de manera satisfactoria.	81	100


Tabla No. 4: Escala de valoración de cumplimiento de requisitos documentales.

Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno

La Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Supersalud, imparte instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos:

1. Gestión del Riesgo en Salud
2. Gestión del Riesgo Operacional
3. Gestión del Riesgo Actuarial
4. Gestión del Riesgo de Crédito
5. Gestión del Riesgo de Liquidez
6. Gestión del Riesgo de Mercado de Capitales
7. Gestión del Riesgo de Grupo

Los siguientes son los resultados de la aplicación de la prueba de cumplimiento:

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 11 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

5.2.1. Aspectos Generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos

ID	REQUISITO EVALUADO	OBSERVACIÓN	Cumplimiento del requisito CM	Documentación en ALMERA DA
1.1	Se tiene definido un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, que contemple los subsistemas mínimos: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial; Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Grupo y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.	A pesar que se evidencia el registro en el Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, versión 6, Código ES-GE-M-02. solo se constata documentación parcial para tres subsistemas: En salud, Operacional y SARLAFT No se cuenta con información identifica expresamente para los subsistemas: Actuarial, de Crédito y de Liquidez,	NC	Parcial
1.2	Existe una política de gestión de riesgos formalmente documentada para cada uno de los subsistemas prioritarios.	Con la expedición de la Resolución 384 de 2025, por parte de la Subred Norte ESE, se actualizaron los enunciados de las políticas asociadas al Sistema Integrado de Gestión del Riesgo - SIGR y sus Subsistemas. No se evidencio desarrollo de las políticas con los requisitos exigidos en la circular 2021170000004-5 de 2021, en ALMERA.	CP+	Parcial
1.3	¿Se revisan y actualizan periódicamente las políticas de gestión de riesgos?	Con la expedición de la Resolución 384 de 2025, por parte de la Subred Norte ESE, se actualizaron los enunciados de las políticas asociadas al Sistema Integrado de Gestión del Riesgo - SIGR y sus Subsistemas.	CP-	Parcial
1.4	¿Los procedimientos de gestión de riesgos están documentados y accesibles para el personal relevante?	Dentro de los instructivos y manuales AP-GF-M-01, ES-GC-I-44 y ES-GE-M-02, se describen los procedimientos y metodología para la caracterización y tratamiento del riesgo. Sin embargo, no se cuenta con procedimientos explícitos para cada uno de los subsistemas prioritarios.	CP-	Parcial
1.5	Se cuenta con una estructura organizacional para la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos	No existe una estructura organizacional definida. El área de riesgos se encuentra inmersa en la Oficina de Desarrollo Institucional con un responsable y en los documentos: AP-GF-M-01, (2) ES-GC-I-44 y (3) ES-GE-M-02 se definen algunas responsabilidades para los subsistemas caracterizados.	CP-	Parcial
1.6	¿Qué infraestructura tecnológica destinó la Subred para la gestión de los riesgos?	Los riesgos en salud, operacionales y SARLAFT se encuentran registrados y con seguimiento de la segunda línea de defensa en el sistema ALMERA. No obstante, se presentan dificultades para el seguimiento de tercera línea de defensa.	CP+	Parcial

INFORMES DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: EV-EG-F-08

VERSIÓN: 2

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
EVALUACIÓN DE GESTIÓN

PÁGINA: 12 DE 28

FECHA: 29/12/2023

1.7	¿Se cuenta con estrategias de divulgación y capacitación de cada uno de los subsistemas de administración de riesgos?	No evidenció plan o estrategia de capacitación y comunicaciones del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los subsistemas establecidos. Se realizan capacitaciones en SARLAFT y un capítulo del tema en el módulo de inducción y reinducción de la Subred disponible en MOODLE.	NC	Ninguno
1.8	¿Se cuenta con Código de Conducta y de Buen Gobierno?	En los documentos ES-GE-I-08-02 Código de Integridad y ES-GE-O-02 Código de buen gobierno se evidencia el cumplimiento del requisito.	CT	completo
1.9	Se cuenta con un respaldo, tanto físico como magnético, de la documentación que a continuación se menciona, asegurando que cumple con todos los requisitos de seguridad necesarios? 1. Actas de aprobación de políticas y/o ajustes. 2. Instructivos o manuales de procesos y procedimientos. 3. Código de Conducta y Buen Gobierno. 4. Informes presentados por los órganos de control. 5. Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del estado del sistema. 6. Constancias de las capacitaciones impartidas a todas las personas que tengan vinculación sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos. 7. Informes de seguimiento a cada uno de los subsistemas. 8. Metodologías y fuentes de información. 9. Procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites.	En ALMERA se encuentra documentación parcial sobre los requisitos documentales de 3 subsistemas. No se tiene evidencia del respaldo físico y magnético de la documentación mínima requerida.	CP+	Parcial
1.10	En la divulgación de la información interna se contempla: Informes de gestión de cierre Nivel de exposición a los diferentes riesgos Estado de controles Cuantificación de los riesgos materializados	Se evidencian actas del Comité de Riesgos, pero no de presentación estado de controles y se evidencia seguimiento trimestral realizado por la primera y segunda línea de defensa.	CP+	Parcial
1.11	En la divulgación de la información externa se contempla: Resultado de las políticas de los subsistemas. Notas en los estados financieros sobre la gestión de riesgos. Cambios en los límites y niveles de riesgo.	Se formulo un capítulo para riesgos en las notas a estados financieros al cierre de la vigencia 2024, publicadas en 2025.	NC	Parcial
1.12	¿Existe un proceso para implementar, probar, mantener y gestionar la continuidad del negocio en situaciones de emergencia o desastre?, incluyendo prevención, atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia y capacidad de retorno a la operación normal.	El Plan de Continuidad del Negocio se presenta en el documento ES-GE-PL-03. Sin embargo, no se evidencia su respectiva aprobación o seguimiento.	CP-	Parcial
1.13	¿Se ha cumplido con el plazo establecido por la circular 20211700000004-5? En caso contrario, ¿qué acciones se están tomando para garantizar el cumplimiento?	Para la implementación del SIGR, se tienen dos fechas límites: 1. 15/03/2023: para los subsistemas de riesgos operacionales y de salud;	CP-	Parcial


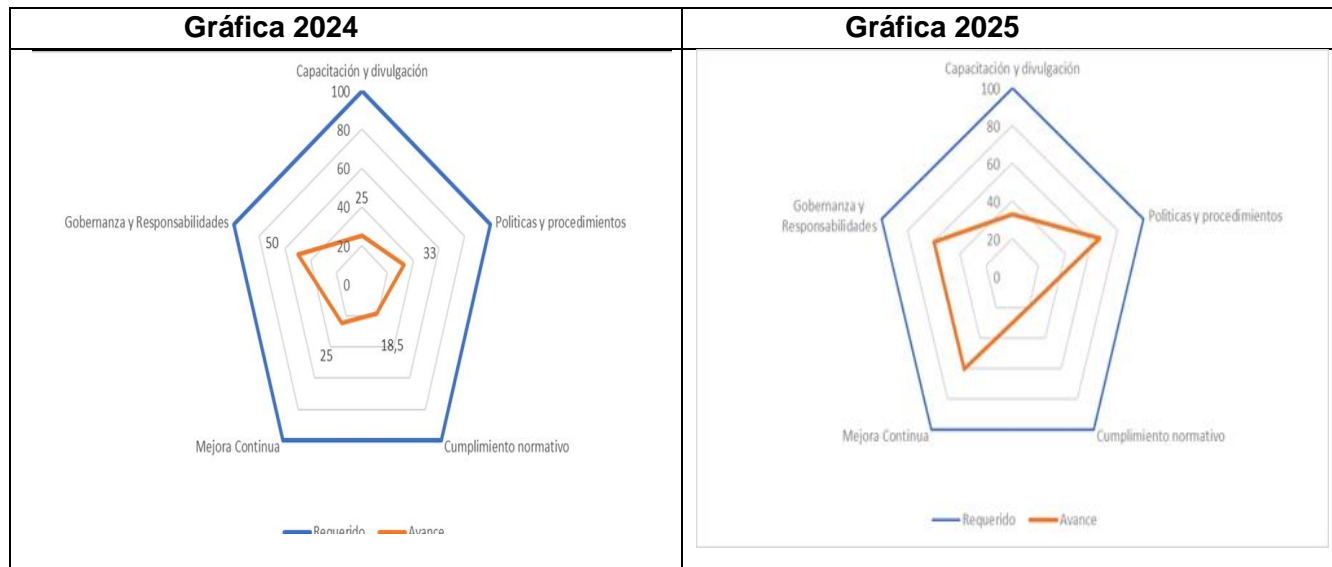
	INFORMES DE CONTROL INTERNO		CÓDIGO: EV-EG-F-08
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN		VERSIÓN: 2
PÁGINA: 13 DE 28			
			FECHA: 29/12/2023
		sobre los cuales se evidencia cumplimiento en los términos. 2. 15/09/2023: Para los demás subsistemas. En este aspecto solo se dio cumplimiento al subsistema SARLAFT (octubre de 2023) Adicionalmente, no se evidenciaron acciones tendientes para garantizar el cumplimiento. De acuerdo con lo anterior, no se dio cumplimiento sobre los términos exigidos por la circular.	

Tabla No. 5: Evaluación aspectos generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN FINAL 2024	37	Cumplimiento Parcial Disminuido (CP-): Muy poca documentación que respalda la respuesta se relaciona con los productos, objetivos y/o servicios requeridos, en términos técnicos y de calidad, mostrando un avance mínimo en la implementación de los requisitos de la norma.
EVALUACIÓN FINAL 2025	53	Cumplimiento Parcial (CP): Parte de la documentación que respalda la respuesta está relacionada con los productos, objetivos y/o servicios requeridos cumple con los requisitos técnicos y de calidad, evidenciando un avance importante, aunque aún insuficiente para alcanzar el cumplimiento total.

Tabla No. 6: Evaluación final 2024 vs 2025. Aspectos generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos
Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno



Gráfica No. 1. Diagnóstico de Requisitos del Sistema
Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno

De la gráfica No 3 se puede concluir que, conforme a lo requerido en la Circular Externa 2021170000004-5, el atributo general del Sistema Gobernanza y Responsabilidad se encuentra en un cumplimiento parcial. Le siguen en desempeño los atributos relacionados con políticas y procedimientos. Sin embargo, capacitación y divulgación, así como Mejora continua y cumplimiento normativo presentan una evaluación inferior, lo que indica la necesidad de mejoras en estos aspectos.

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 14 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

5.2.2. Gestión del Riesgo Operacional.

ID	REQUISITO EVALUADO	OBSERVACIÓN	Cumplimiento del requisito CM	Documentación en ALMERA DA
2,1	¿Existe una política específica y procedimientos para la gestión del riesgo operacional?	Se encuentra enunciada en la Resolución 384 de 2025, por parte de la Subred Norte ESE, sin embargo, no se evidencia desarrollo de las políticas con los requisitos exigidos en la circular 20211700000004-5 de 2021, en ALMERA.	CP	Parcial
2,2	¿Se han identificado y documentado los principales riesgos operacionales?	Se cuenta con la caracterización de (64) riesgos institucionales y 12 seguridad información. Los institucionales están distribuidos así: De Cumplimiento (2), Estratégicos (15), Financieros (9), Imagen (2), Legales y Normativos (11), Operativos (22), Seguridad Digital (1), Terceros (2) y Seguridad información (12). Sin embargo estos riesgos llevan 3 años sin actualizarse	CP+	Parcial
2,3	Se cuenta con la identificación del apetito de riesgo en los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar. ?	En el Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, versión 6, Código ES-GE-M-02, no se evidencia la estimación del apetito del riesgo para la Subred Norte ESE.	NC	Ninguno
2,4	¿Se cumple con la identificación de controles de cada riesgo?	Se realiza trimestralmente seguimiento a los controles de cada riesgo de los diferentes procesos en el aplicativo ALMERA, sin embargo, el mapa de riesgos no se actualiza desde hace 3 años	CT	Completo
2,5	Se ha incorporado y definido la metodología adoptada para el seguimiento de los riesgos operacionales dentro del Modelo Nacional de Gestión del Riesgo de Seguridad de la Información en entidades públicas. Este anexo tiene el propósito de que los responsables analicen y establezcan, en el marco de sus procesos, los activos de información asociados y procedan a identificar los riesgos correspondientes.	Se encuentra establecida la metodología adoptada por la entidad con relación a la gestión del riesgo de seguridad de la información en entidades públicas con respecto a los activos de información. Sin embargo, debe actualizarse según la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - Versión 7 del DAFP	CT	Completo
2,6	Se cumple con la identificación y análisis de los riesgos, bien sean de corrupción, ¿salud y de operación?	No se ha estructurado el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública -SIGRIP, establecido en la Guía DAFP versión 7. Para el 2025 se tienen caracterizados procesos y priorizados riesgos de corrupción, para algunos procesos de la entidad	CP+	Parcial


	INFORMES DE CONTROL INTERNO		CÓDIGO: EV-EG-F-08		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN		VERSIÓN: 2		
			PÁGINA: 15 DE 28		
				FECHA: 29/12/2023	
2,7	¿Se cuenta con el registro de eventos materializados de riesgo operacional?	Para el 2025, a pesar de los seguimientos trimestrales por la segunda línea de defensa, no se ha registrado un seguimiento detallado en el aplicativo ALMERA de materialización de riesgos. No existe informe de materialización o su presentación en Comités de Riesgos. Existe el formato ES-GE-F-30 para identificar los riesgos que se materializaron en el periodo del seguimiento, no obstante, sobre dicho formato no se evidencia publicación en el aplicativo Almera.	CP	Parcial	
2,8	Se cumple con un plan de mitigación el Tratamiento para los riesgos que superen los niveles de tolerancia definidos por la entidad. Incluye la implementación de capacitaciones y la elaboración de informes que documenten las acciones realizadas y los resultados obtenidos.	No se evidencia un plan de mitigación de tratamiento para los riesgos priorizados que superen los niveles de tolerancia, en el cual se debe implementar capacitaciones y generar informes que documenten las acciones con resultados	NC	Ninguno	

Tabla No. 7: Evaluación Gestión del Riesgo Operacional.
Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN FINAL 2024	50	Cumplimiento Parcial (CP): Parte de la documentación que respalda la respuesta está relacionada con los productos, objetivos y/o servicios requeridos cumple con los requisitos técnicos y de calidad, evidenciando un avance importante, aunque aún insuficiente para alcanzar el cumplimiento total.
EVALUACIÓN FINAL 2025	58	Cumplimiento Parcial (CP): Parte de la documentación que respalda la respuesta está relacionada con los productos, objetivos y/o servicios requeridos cumple con los requisitos técnicos y de calidad, evidenciando un avance importante, aunque aún insuficiente para alcanzar el cumplimiento total.

Tabla No. 8: Evaluación final Gestión del Riesgo Operacional
Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno

5.2.3. Gestión de Riesgos de Salud

ID	REQUISITO EVALUADO	OBSERVACIÓN	Cumplimiento del requisito CM	Documentación en ALMERA DA
3,1	¿Se ha identificado dentro de los riesgos clínicos otras unidades de servicio?, diferentes a las unidades de chapinero, suba, Boyacá Real y la Española, para poder cubrir el 100% en el seguimiento a estos riesgos en la subred norte, cuando se inicia la identificación de los riesgos para las demás unidades, ¿se encuentran avances de la identificación de los riesgos para las demás unidades?	No se evidencia en el aplicativo ALMERA, el cubrimiento, clasificado por origen de los riesgos clínicos, de unidades diferentes a las cuatro mencionadas.	CP-	Parcial

**INFORMES
DE CONTROL INTERNO**

CÓDIGO: EV-EG-F-08

VERSIÓN: 2

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
EVALUACIÓN DE GESTIÓN

PÁGINA: 16 DE 28

FECHA: 29/12/2023

3,2	¿Se cumple con el seguimiento para identificar la materialización de los riesgos clínicos? ¿que se está realizando para evitar la materialización, se están reportando estos casos? ¿a quién? y como	Se evidencio en ALMERA registro y seguimiento de riesgos materializados para los riesgos clínicos identificados en las cuatro sedes relacionadas. Al respecto, es importante señalar que los riesgos clínicos tienen asociada la materialización al evento adverso, el cual se registra y monitorea por varios medios a saber: QR, formato físico, correo institucional, pagina web e intranet en el link de reporte de sucesos de seguridad del paciente,	CT	Completo
3,3	Se cumple con la realización de análisis del riesgo con el equipo asistencial para cada uno de ellos.?	La base de datos de los reportes del evento adverso, incluye tratamiento a través del Protocolo de Londres por equipos multidisciplinarios y su acceso se obtiene solo a través del área de Seguridad del Paciente. Sin embargo, la identificación de riesgos clínicos solo contempla 4 de las 26 unidades de servicios de la Subred Norte ESE.	CP+	Parcial
3,4	¿En la implementación de la metodología AMFE, se cuenta conformado un equipo de trabajo? quienes? ¿se encuentra oficialmente conformado?	De acuerdo con el Manual del SGR Código: ES-GE-M-02), versión 6, se debe conformar un equipo de trabajo enfocado en identificar las partes del proceso de atención que requieren modificaciones para anticiparse a errores y minimizar su impacto. Este equipo debe estar integrado por: <ul style="list-style-type: none"> • Coordinador • secretario • Expertos especialistas en el tema (clínicos y profesionales de la salud) • Otros: consultores • Consejeros: personas expertas y no expertas en el tema • Representantes de áreas críticas del proceso, si es pertinente Se reitera en este seguimiento que no se encontró evidencias que demuestren la conformación de dicho equipo de trabajo ni su funcionamiento.	NC	Ninguno
3,5	Se encuentra la Caracterización de los riesgos existentes en cada uno de los servicios con su respectiva estrategia de prevención (Política de Seguridad del Paciente).	Se evidencia la caracterización de los riesgos clínicos existentes en 4 de las 26 unidades de servicio (Chapinero, Suba, Boyacá Real y Española), por lo que es necesario que se evalúen las demás unidades para la identificación de riesgos con su respectiva estrategia de prevención. Circular 004-5 de la SNS	CP+	Parcial



	INFORMES DE CONTROL INTERNO		CÓDIGO: EV-EG-F-08	
			VERSIÓN: 2	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN		PÁGINA: 17 DE 28	
			FECHA: 29/12/2023	
3,6	Se cumple con la Implementación de jornadas de capacitación al personal, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación, seguimiento, y adherencia a guías, protocolos de práctica clínica, normas técnicas y lineamientos.	No se evidencian en el aplicativo Almera soportes de jornadas de capacitación para los diferentes procedimientos de evaluación, seguimiento, adherencia a guías, normas y lineamientos, esto según lo dispuesto en el numeral 1.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo en Salud Resolución 004-5 (hoja 22). Sin embargo, se evidencio en la base de datos la formulación de planes de mejora de ser necesario y a través del Comité de Gestión Clínica Excelente y Segura se retroalimenta la información obtenida.	CP+	Parcial
3,7	Se cumple con la Metodología de Evaluación en donde la entidad debe establecer para determinar el nivel de riesgo, como se evalúa la probabilidad de ocurrencia y la severidad	Atendiendo lo establecido en la Circular 004-5 (pág. 21) de la SNS; en el Manual de Gestión y Administración del Riesgo (Código: ES-GE-M-02), se detallan los aspectos sobre la metodología AMFE que la entidad utiliza para determinar el nivel de riesgo, incluyendo la evaluación de la probabilidad de ocurrencia, la severidad y detectabilidad de las consecuencias.	CT	Completo
3,8	¿Existe una política específica para la gestión del riesgo en salud?	Se evidencio la actualización de las políticas asociadas al Sistema Integrado de Gestión del Riesgo -SGR de la Subred y subsistemas, a través de la Resolución 384 de 2025. Sin embargo, se recomienda desarrollarlas e y adaptarlas en términos de la Guía de SGR, versión 7, recientemente expedida por el DAFP.	CT	Completo
3,9	Existen procedimientos de identificación del Riesgo en Salud	No se evidenció en el aplicativo ALMERA, un procedimiento explícito para la identificación de los riesgos en salud de los procesos asistenciales. No obstante, la metodología AMFE incluida en el Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, versión 6, Código ES-GE-M-02 de la SUBRED, detalla cada una de las etapas para la gestión del riesgo clínico. Se recomienda actualizar el Manual a lo dispuesto en la Guía de SGR, versión 7, del DAFP.	CT	Completo

Tabla No. 9 Evaluación Gestión del Riesgo en salud.
Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN FINAL	47	Cumplimiento Parcial (CP): Parte de la documentación que respalda la respuesta está relacionada con los productos, objetivos y/o servicios requeridos cumple con los requisitos técnicos y de calidad, evidenciando un avance importante, aunque aún insuficiente para alcanzar el cumplimiento total.
EVALUACIÓN FINAL	71	Cumplimiento Parcial Aumentado (CP+): La mayoría de documentación está alineada con los productos, objetivos y/o servicios requeridos, mostrando un avance significativo hacia el cumplimiento total.

Tabla No. 10: Evaluación Final Gestión de Riesgo en salud

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 18 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

5.2.4. Otros Subsistemas (Actuarial, de Crédito, de Liquidez, Mercado de Capitales y de Grupo)

ID	REQUISITO EVALUADO	OBSERVACIÓN	Cumplimiento del requisito CM	Documentación en ALMERA DA
4,1	Requisitos de documentación relacionada con la gestión de los riesgos de cada uno de los subsistemas.	Durante la vigencia 2025 la Subred Norte ESE, actualizo las políticas institucionales, incluidas las del SGR a través de la Resolución 384 de 2025, A su vez, actualizo el Manual del SGR, Código ES-GE-M-02, versión 6, De igual forma, elaboró Instructivo del modelo de Administración de Riesgo Actuarial Código ES-GE-I-25 y el Formato Cronograma de Capacitación de Riesgo Actuarial ES-GE-F-37. Sin embargo, no se pudo evidenciar en el aplicativo ALMERA, la identificación, evaluación, tratamiento y seguimiento de riesgos asociados a los subsistemas: Actuarial, de Crédito, de Liquidez. Adicional a ello, el Manual de SGR de la Subred debe actualizarse en lo relacionada con la reciente Guía expedida por el DAFP, versión 7.	CP	Parcial


Tabla No. 10: Evaluación otros Subsistemas.
Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN FINAL 2024	0	No Cumple (NC): No se dispone de documentación adecuada y/o el procedimiento correspondiente no está establecido, resultando en un incumplimiento total de los requisitos normativos.
EVALUACIÓN FINAL 2025	60	Cumplimiento Parcial (CP): Parte de la documentación que respalda la respuesta está relacionada con los productos, objetivos y/o servicios requeridos cumple con los requisitos técnicos y de calidad, evidenciando un avance importante, aunque aún insuficiente para alcanzar el cumplimiento total.

Tabla No. 11: Evaluación Final otros Subsistemas
Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno

Respecto a la Circular Externa 2021170000005-5 de la Superintendencia Nacional de Salud, que aborda la implementación y fortalecimiento del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y del Sistema de Control de Fraudes (SICOF), su objetivo contempla prevenir y detectar actividades relacionadas con el lavado de activos y la financiación del terrorismo, mientras que el SICOF se enfoca en la identificación y mitigación de posibles fraudes en la prestación de servicios de salud. La circular exige a las entidades no solo implementar estos sistemas, sino también monitorearlos y ajustarlos continuamente para garantizar su eficacia, protegiendo así la integridad del sistema de salud y asegurando que los recursos se utilicen de manera adecuada y segura.

Para la vigencia 2025, se evidencia una mejora significativa, respecto a la vigencia anterior, en su avance y desarrollo de requisitos establecidos en la reglamentación vigente, expedida pro la Superintendencia Nacional de Salud.

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 19 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

5.2.5. Sistema de Administración del Riesgo Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo- SARLAFT.

ID	REQUISITO EVALUADO	OBSERVACIÓN	Cumplimiento del requisito CM	Documentación en ALMERA DA
5,1	Se identifican señales de alerta donde se obtienen posibles eventos relacionados con los riesgos, así como situaciones que generen algún grado de incertidumbre.?	En el área de SARLAFT no se han identificado alertas relacionadas con situaciones que generen algún grado de alerta, tales como la intervención de terceros, variación de coberturas, contratos u otras operaciones. Es necesario que la segunda línea de defensa y el área de SARLAFT fortalezcan este criterio conforme a la Resolución 005-5.	CP+	Parcial
5,2	Se cumple con el análisis de las causas y circunstancias que puedan dar origen a la materialización del riesgo	No se evidenció en ALMERA que para la vigencia 2025 se hayan reportado materializaciones de riesgos, asociadas a riesgos en SARLAFT. En el seguimiento trimestral realizado por la segunda línea de defensa se identifican los riesgos materializados, es necesario que se tenga desde cada proceso el análisis de las causas y circunstancias para evitar la reiteración de la materialización del riesgo y revisar los controles	CP+	Parcial
5,3	Cumple con la identificación de riesgos asociados a legal, reputacional, operativo y de contagio, los cuales se encuentran descritos en el manual para la administración del riesgo de la subred norte	En la revisión de la matriz de riesgos institucionales disponibles en ALMERA, se logró identificar riesgos de tipo operacional, de imagen. No se evidencian riesgos de contagio.	CP+	Parcial
5,4	Se cuenta con un respaldo, tanto físico como magnético, de la documentación que a continuación se menciona, asegurando que cumple con todos los requisitos de seguridad necesarios.? 1. Actas de aprobación de políticas y/o ajustes 2. Instructivos o manuales de procesos y procedimientos 3. Código de Conducta y Buen Gobierno. 4. Informes presentados por los órganos de control 5. Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del estado del sistema 6. Constancias de las capacitaciones impartidas a todas las personas que tengan vinculación sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos. 7. Informes de seguimiento a cada uno de los subsistemas 8. Metodologías y fuentes de información 9. Procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites	En ALMERA se evidencia documentación parcial sobre los requisitos documentales del subsistema SARLAFT. No se evidencia en aplicativo respaldo físico y magnético de la documentación mínima requerida. Sin embargo, existe archivo de actas de junta directiva, informes presentados antes de control, capacitaciones realizadas y Manual SARLAFT, entre otros	CT	Completo



		INFORMES DE CONTROL INTERNO		CÓDIGO: EV-EG-F-08	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN		VERSIÓN: 2	
				PÁGINA: 20 DE 28	
				FECHA: 29/12/2023	
5,5	Se cumple con la identificación de riesgos relacionados a operaciones con clientes y/o contrapartes, usuarios, productos, canales de distribución, identificados por el oficial de cumplimiento, se cuentan con informes	El área de SARLAFT, elabora informes periódicos de operaciones con clientes y/o contrapartes, en el proceso de contratación de la SUBRED. A su vez, elabora informes periódicos a la junta directiva, en particular, relacionados con los reportes UIAF, PTEE y matrices de seguimiento entre otros. En el Aplicativo ALMERA, link Riesgos se realiza trimestralmente seguimiento a los riesgos de corrupción soborno y LA/FT/FPADM desde la primera y segunda línea de defensa, los cuales deberían ser presentados ante la junta directiva de acuerdo con lo dispuesto en la circular 005-5, NUMERAL "5.2.3.5.1. Junta Directiva u órgano que haga sus veces" Literales H e I.	CT	Completo	
5,6	Se cumple con la identificación para el subsistema de administración del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude – SICOF, riesgos relacionados a fraude y opacidad,	En el mapa de riesgos publicado en el aplicativo Almera, se evidencia que únicamente se han identificado riesgos de corrupción y soborno, faltando por identificar riesgos de opacidad y fraude	CP+	Parcial	
5,7	Se cumple con la revisión, por parte de la junta directiva y el oficial de cumplimiento al menos una vez al año al cumplimiento de la circular 0005-5 de la Supersalud, (informes, actas)	Durante la vigencia 2025 se han presentado informes periódicos a la junta directiva, en particular, relacionados con los reportes UIAF, PTEE y matrices de seguimiento entre otros. El archivo de las actas de junta directiva, se clasifica como confidencial y no se encuentran disponibles en el aplicativo ALMERA.	CT	Completo	
5,8	Se cuenta con un Plan de Acción del SICOF en donde se incluyan estrategias específicas para mitigar los riesgos identificados, así como los responsables de su implementación y los plazos establecidos	No se evidencia un plan anual de acción del SICOF, que debe incluir estrategias específicas para mitigar los riesgos identificados, así como los responsables de su implementación y los plazos establecidos (pág. 49) 0005-5	NC	Ninguno	
5,9	Se cumple con Capacitación en Gestión de Riesgos incluyendo la identificación, evaluación, informes, actas	No se cuenta con un plan estructurado de capacitaciones, sin embargo, se incluyó un capítulo SARLAFT, en el módulo de inducción y reintroducción, disponible en la plataforma de aprendizaje MOODLE, que utiliza la Subred. A su vez, se realizan capacitaciones al grupo de colaboradores y a la Junta Directiva y al oficial de cumplimiento a través del Comité distrital de SARLAFT.	CT	Completo	
5.10	se cuenta con un oficial de cumplimiento y suplente	Mediante acta de Junta Directiva No. 03 de 2025, se designó el rol de oficial de cumplimiento y principal y suplente, atendiendo a los requisitos establecidos en las circulares 09 de 2016 y 0005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.	CT	Parcial	
5.11	Se notifico a la Supersalud del nombramiento del Oficial de cumplimiento a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información ante la SNS	Se pudo evidenciar en el aplicativo respectivo de la Superintendencia Nacional de Salud, el reporte de la inscripción del oficial de cumplimiento principal y suplente, según los requisitos establecidos en las circulares 09 de 2016 y 0005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.	CT	Completo	

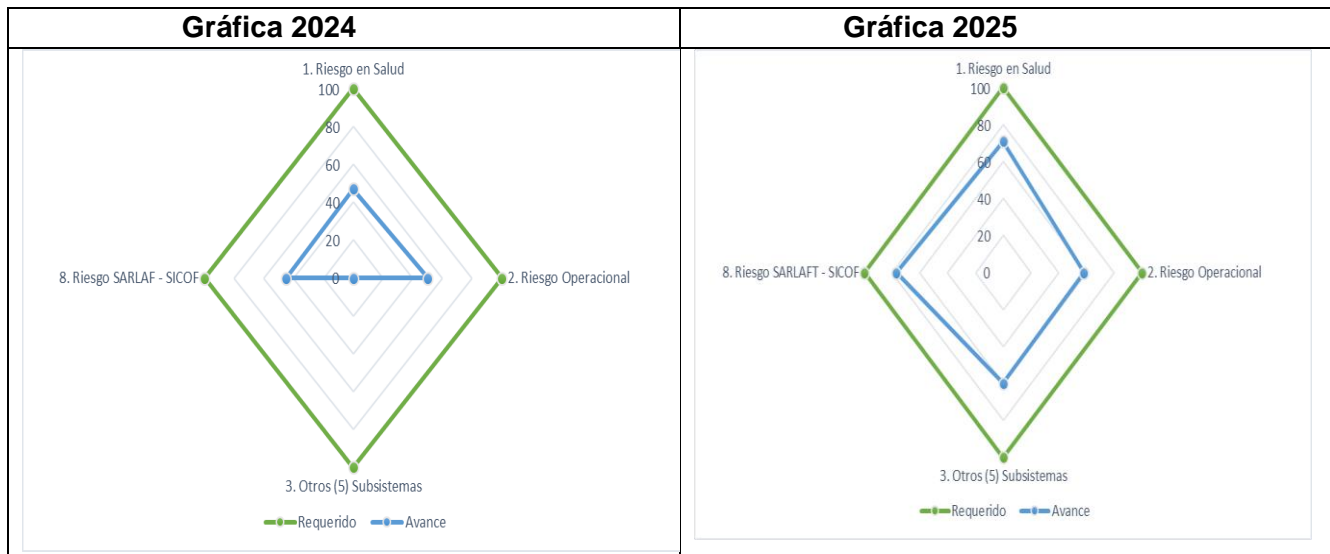
Tabla No. 12: Evaluación Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y del Sistema de Control de Fraudes (SICOF)

Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	VERSIÓN: 2 PÁGINA: 21 DE 28 FECHA: 29/12/2023

EVALUACIÓN FINAL 2024	45	Cumplimiento Parcial (CP): Parte de la documentación que respalda la respuesta está relacionada con los productos, objetivos y/o servicios requeridos cumple con los requisitos técnicos y de calidad, evidenciando un avance importante, aunque aún insuficiente para alcanzar el cumplimiento total.
EVALUACIÓN FINAL 2025	77	Cumplimiento Parcial Aumentado (CP+): La mayoría de documentación está alineada con los productos, objetivos y/o servicios requeridos, mostrando un avance significativo hacia el cumplimiento total.

Tabla No. 13: Evaluación Final Evaluación Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y del Sistema de Control de Fraudes (SICOF)



Gráfica No. 2. Diagnóstico de Requisitos del Sistema
Fuente: Elaboración Propia-Oficina de Control Interno

En relación con la gráfica anterior, se concluye que en la evaluación se identificaron riesgos de salud en algunas unidades, así como riesgos SARLAFT-SICOF y operativos, que obtuvieron una puntuación entre 45 y 77 puntos en la escala de valoración cuyo límite superior es 100. En tal sentido, se evidencia un avance significativo, mas no suficiente en la implementación de riesgos para los demás Subsistemas (Actuarial, de Crédito y Liquidez).

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 22 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

5.3. NIVELES DE MADUREZ PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO.

En atención a la recientemente expedida “Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - Versión 7” (agosto de 2025), por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, se realizó la aplicación del instrumento de “*diagnóstico de modelo de madurez*”, para la Gestión del Riesgo en la Subred Norte ESE. En tal sentido, la Guía establece que: “*el análisis de niveles de madurez se propone en un esquema de diagnóstico, que analiza los componentes y principios que desarrolla el modelo COSO-ERM, a partir de una serie de cuestiones o puntos de reflexión que se responden asignando una calificación de 1 a 5, para cada uno de los principios por componente*” (página 33), que se describen en la siguiente gráfica:



Imagen No 5. Estructura COSO-ERM

Fuente: IIA Global, Pricewaterhouse COOPERS, COSO-ERM. 2017. En: la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en las Entidades Públicas, versión 7, del DAFP

La calificación de cada principio, dispone el grado en que cada uno se encuentra **implementado** (establecido en alguna política, proceso o directriz institucional), **presente** (práctica que es reconocida y aplicada de forma consistente) y **operando de forma integrada** (medida en que estas prácticas o políticas son reconocidas y aplicadas en todos los niveles de responsabilidad y procesos de la entidad. (página 35). Continua la Guía, destacando que: “una vez calificados, el instrumento resume los resultados por componente y genera un mapa de calor, donde se resaltarán los temas a intervenir en una escala de severidad o prioridad para su atención, de tal manera que las Oficinas de Planeación o gerencias de riesgos, como instancias de 2ª línea, puedan proponer a la alta dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno u otra instancia del mismo nivel jerárquico las orientaciones o acciones que desde allí deben surgir para garantizar la gestión integral del riesgo en la entidad” (página 34).

El siguiente es el resultado del grado de madurez de la Subred Norte ESE, una vez aplicado el instrumento relacionado:

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 23 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

5.3.1. Componente Gobierno y Cultura.

Principio	Puntos de Reflexión	Grado de Madurez
1. Supervisión de Riesgos a través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	1.1. ¿El Reglamento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente establece sus competencias en materia de supervisión de gestión de riesgos, de acuerdo al esquema de líneas?	5.- Siempre
	1.2. ¿Los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente realizan por lo menos dos veces al año supervisión sobre la efectividad de la gestión de riesgos?	4.- Frecuentemente
	1.3. ¿Existe una Política de Administración de Riesgos aprobada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, donde se establecen los principales roles, responsabilidades y competencias?	5.- Siempre
	1.4. La Política de Administración de Riesgos es consistente con otros marcos relacionados (v.g.: seguridad, calidad, financiero, seguridad paciente, asistenciales, etc.) ?	3.- A veces
2. Establece Estructuras Operativas	2.1. El marco de gestión de riesgos definido a través de la Política de Administración de Riesgos ha sido ampliamente comunicado a través de la organización	4.- Frecuentemente
	2.2. ¿Están claramente establecidos los flujos de aprobación y reporte en la gestión de riesgos?	4.- Frecuentemente
	2.3. ¿Están claramente identificados las instancias de 1a., 2a y 3a Línea de Defensa en las principales áreas de la entidad?	5.- Siempre
	2.4. Están claramente identificados los aspectos claves de éxitos de 2a Línea, sus funciones de aseguramiento y su nivel de confianza?	3.- A veces
	2.5. Los responsables de riesgos de los procesos/planes/programas/proyectos rinden informes al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente sobre el cumplimiento de los objetivos basados en los niveles de exposición a riesgos?	2.- Raramente
3. Define la Cultura Deseada	3.1. ¿Se evidencia una cultura orientada a la gestión preventiva del riesgo, promovida desde la Alta Dirección?	3.- A veces
	3.2. ¿El riesgo se analiza antes de haber establecido las estrategias o realizado la planificación institucional?	1.- Nunca
	3.3. ¿Los objetivos de los procesos o de los planes, programas proyectos generan incentivos o presiones que favorecen un comportamiento contrario a los valores del Código de Integridad?	1.- Nunca
	3.4. ¿La Política de Administración de Riesgos refleja los principios de comportamiento esperados, conforme a lo previsto en el Código de Integridad de la organización?	2.- Raramente
4. Demuestra Compromiso con los Valores del Servicio Público	4.1. Se ponen a disposición de los grupos de valor, tanto interno como externo, ¿los valores de la entidad y los diferentes mecanismos utilizados para garantizar su apropiación por parte de los servidores y contratistas?	4.- Frecuentemente
	4.2. ¿Demuestra la Alta Dirección con su comportamiento su compromiso con los valores del servicio público (tone at the top)?	5.- Siempre
	4.3. ¿Demuestra la Alta Dirección con su comportamiento su compromiso con la gestión del riesgo institucional (tone at the top)?	4.- Frecuentemente
	4.4. ¿Los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente promueven activamente la cultura de gestión de riesgos entre el personal operativo?	3.- A veces
	4.5. ¿El proceso de inducción de nuevos servidores incorpora contenidos orientadores sobre la gestión preventiva de riesgos?	2.- Raramente
	4.6. Se realizan mediciones / evaluaciones sobre el nivel de cultura de riesgos entre los empleados de forma regular?	1.- Nunca
5. Atrae, Desarrolla, y Retiene a Profesionales Capacitados	5.1. ¿El personal de segunda línea respecto de la gestión de riesgos dispone de las competencias, habilidades y conocimiento necesario para realizar sus tareas?	5.- Siempre
	5.2. ¿Los objetivos del proceso encargado de liderar la gestión de riesgos en la entidad están alineados con los de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas?	4.- Frecuentemente
	5.3. ¿Existe un plan de gestión del conocimiento para los puestos clave de gestión de riesgos?	1.- Nunca

Imagen No. 6. Componente Gobierno y cultura. Subred Norte ESE.


Fuente. Herramienta diagnóstico modelo de madurez para la gestión de Riesgo -DAFP, 2025

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 24 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

5.3.2. Componente Estrategia y Objetivos.

Principio	Puntos de Reflexión	Grado de Madurez
6. Analiza el Contexto Sectorial/Territorial e Institucional	6.1. ¿La entidad ha identificado y definido su contexto externo y la alineación con el plan estratégico sectorial (nación)/plan de desarrollo municipal, distrital o departamental (territorio)?	5.- Siempre
	6.2. ¿La entidad ha formulado un Plan estratégico institucional aprobado por la Alta Dirección?	5.- Siempre
	6.3. La Política de Administración de Riesgos incorpora el análisis de los factores internos y externos que puedan repercutir sobre los objetivos institucionales (estratégicos, de operaciones, ¿etc.)?	5.- Siempre
	6.4. ¿Se analiza de forma sistemática la información externa para identificar los cambios relevantes en el contexto de la entidad e identificar riesgos emergentes?	5.- Siempre
	6.5. ¿Se analiza de forma sistemática la información interna para identificar los cambios relevantes en el contexto de la entidad e identificar riesgos emergentes?	5.- Siempre
7. Define el Apetito al Riesgo	7.1. ¿Existe una “declaración del apetito al riesgo” adecuadamente formalizada?	1.- Nunca
	7.2. ¿Es competencia exclusiva del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente para la gestión integral del riesgo la definición del apetito al riesgo?	1.- Nunca
	7.3. ¿Se promueve activamente que la Alta Dirección y las instancias clave de 2a línea conozcan el apetito al riesgo de la organización?	1.- Nunca
	7.4. ¿El apetito al riesgo es considerado en los procesos de toma de decisiones?	1.- Nunca
	7.5. ¿Se involucra al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente en la toma de decisiones que pudieran implicar incumplir con el apetito al riesgo establecido?	1.- Nunca
	7.6. ¿Se monitoriza activamente el cumplimiento con el apetito al riesgo en todos los procesos?	1.- Nunca
8. Evalúa Estrategias Alternativas	7.1. ¿La estrategia de la entidad está alineada con su misión, visión y valores?	5.- Siempre
	7.2. ¿En el proceso de planeación estratégica, se analizan los riesgos y oportunidades aplicando metodologías que permitan contar con datos e información para su mejora?	4.- Frecuentemente
	7.3. Participan sistemáticamente las instancias clave en la gestión del riesgo en el proceso de planeación estratégica (¿instancias de 2a línea identificados y la 3a línea?)	4.- Frecuentemente
9. Formula Objetivos Estratégicos y Operacionales	8.2. ¿La entidad ha definido objetivos estratégicos?	5.- Siempre
	8.2. Los objetivos estratégicos son desarrollados en objetivos de procesos/planes/programas/proyectos, etc.?	5.- Siempre
	8.2. Los objetivos tanto estratégicos como operacionales son específicos, ¿medibles, observables, alcanzables y relevantes?	5.- Siempre

Imagen No. 7. Componente Estrategia y Objetivos, Subred Norte ESE.
Fuente. Herramienta diagnóstico modelo de madurez para la gestión de Riesgo -DAFP, 2025


	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 25 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

5.3.3. Componente de Desempeño

Principio	Puntos de Reflexión	Grado de Madurez
9. Identifica y describe el Riesgo	9.1. Existen procesos para identificar sistemáticamente los riesgos (en todas sus tipologías) que repercuten en la consecución de los objetivos estratégicos y de procesos/planes/programas/proyectos?	5.- Siempre
	9.2. ¿Se evalúa la identificación de los riesgos (en todas sus tipologías) al menos con carácter anual a fin de identificar posible sub o sobre identificación?	1.- Nunca
	9.3. ¿Se utiliza la taxonomía de riesgos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas para catalogar los riesgos por tipología?	5.- Siempre
	9.4. ¿Para la identificación y descripción de los riesgos (en todas sus tipologías) se realiza el análisis de los factores de riesgo?	4.- Frecuentemente
	9.5. ¿Para la identificación y descripción de los riesgos (en todas sus tipologías) se realiza el análisis de los puntos de riesgo?	4.- Frecuentemente
	9.6. La descripción de los riesgos (en todas sus tipologías) se realiza conforme las estructuras definidas en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas para cada de estas.	5.- Siempre
10. Evalúa el Riesgo Inherente	10.1. ¿Se evalúa la probabilidad e impacto de los riesgos identificados (en todas sus tipologías) con base a las escalas y niveles definidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas para cada una de las tipologías?	5.- Siempre
	10.2. ¿Se cuantifica el impacto económico de los riesgos sobre los que se ha identificado un potencial de afectación económica?	4.- Frecuentemente
	10.3. ¿Se considera el impacto reputacional de los riesgos sobre los que se ha identificado un potencial de afectación reputacional?	4.- Frecuentemente
	¿Se realiza el análisis de severidad del inherente en el mapa de calor?	3.- A veces
11. Diseña Controles efectivos	11.1. ¿En la descripción de los controles se muestra el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de ser controles automáticos se muestra el sistema que realiza la actividad?	4.- Frecuentemente
	11.2. En la descripción de los controles se muestra el verbo en el cual se identifica la acción de control a realizar como parte del control (verificar, validar, cotejar, ¿comparar)?	4.- Frecuentemente
	11.3. En la descripción de los controles se muestra la frecuencia (semanal, mensual, bimestral, trimestral, ¿semestral o a demanda) de ejecución del control?	4.- Frecuentemente
	11.4. ¿En la descripción de los controles se muestra el objetivo de la ejecución de este?	4.- Frecuentemente
	11.5. ¿En la descripción de los controles se definen las fuentes de información (confiables) para la ejecución de este?	4.- Frecuentemente
	11.6. ¿En la descripción de los controles se muestra la evidencia que permita realizar la trazabilidad a la ejecución de este?	4.- Frecuentemente
	11.7. ¿Los controles se encuentran documentados en un procedimiento, manual, guía o instructivo que garantice su operativización?	4.- Frecuentemente
12. Prioriza Riesgos	12.1. ¿Los riesgos se priorizan con base a su probabilidad e impacto residual?	1.- Nunca
	12.2. ¿Los riesgos se representan en un mapa de riesgos y de matriz de calor que facilita su priorización?	5.- Siempre
	12.3. ¿Se asigna un área, personal responsable y fechas de ejecución para monitorear los riesgos críticos identificados?	4.- Frecuentemente
13. Desarrolla una visión integral	13.1. Existe un registro/inventario de riesgos centralizado a nivel de proceso, plan, programa, proyecto?	5.- Siempre
	13.2. Se analizan las posibles interdependencias entre los riesgos identificados en cada proceso, ¿plan, programa, proyectos para obtener una visión integral de la operación y la gestión del riesgo?	1.- Nunca
	13.3. Existe un registro/ inventario de riesgos centralizado para un análisis integral sobre la efectividad de la gestión del riesgo?	4.- Frecuentemente

Imagen No. 8. Componente de Desempeño, Subred Norte ESE.

Fuente. Herramienta diagnóstico modelo de madurez para la gestión de Riesgo -DAFP, 2025

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 26 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

5.3.4. Componente Análisis y Monitorización.


Principio	Puntos de Reflexión	Grado de Madurez
14. Evalúa los Cambios Significativos	14.1. Existe un proceso o esquema que permita monitorear periódicamente los cambios del contexto institucional (i.e.; los factores internos y externos) con posible impacto en la consecución de los objetivos?	4.- <i>Frecuentemente</i>
	14.2. Se actualiza periódicamente el registro/inventario de riesgos de la organización, incorporando temas emergentes o cambios en el contexto institucional?	1.- <i>Nunca</i>
	14.3. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno evalúa por lo menos una (1) vez al año la Política de Administración de Riesgos respecto de: 1. La adecuación de esta con los requerimientos técnicos, 2. la adecuada operativización de esta a través de las primeras líneas de defensa considerando las disposiciones de esta.	4.- <i>Frecuentemente</i>
15. Revisa el Riesgo y el Desempeño	15.1. La organización realiza un seguimiento periódico del grado de desempeño para los principales objetivos establecidos	5.- <i>Siempre</i>
	15.2. ¿Se utilizan métricas de monitorización del riesgo (Key Risk Indicators o KRIs) para alertar respecto de riesgos crecientes o emergentes?	1.- <i>Nunca</i>
16. Persigue la Mejora de la Gestión del Riesgo	16.1. ¿La organización revisa la idoneidad y actualiza su Política de Administración de Riesgos periódicamente?	3.- <i>A veces</i>
	16.2. ¿Se han implantado mejoras significativas en el proceso de gestión de riesgos en el último año?	1.- <i>Nunca</i>

Imagen No. 9. Componente Análisis y Monitorización, Subred Norte ESE.
Fuente. Herramienta diagnóstico modelo de madurez para la gestión de Riesgo -DAFP, 2025

5.3.5. Componente Información, Comunicación y Reporte

Principio	Puntos de Reflexión	Grado de Madurez
17. Aprovecha la Información y la Tecnología	17.1. Los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente tienen acceso directo a la Información de riesgos que necesitan para cumplir con sus responsabilidades de supervisión	5.- <i>Siempre</i>
	17.2. ¿Se dispone de una herramienta informática o algún otro mecanismo que centralice la gestión del riesgo?	5.- <i>Siempre</i>
	17.3. ¿Las instancias de 1a. y 2a. Línea de Defensa tienen acceso directo a la herramienta para la carga, análisis y reporte de los riesgos bajo su responsabilidad?	5.- <i>Siempre</i>
18. Comunica Información sobre Riesgos	18.1. ¿Están claramente establecidos los flujos de aprobación y reporte de la información en materia de riesgos?	5.- <i>Siempre</i>
19. Informa sobre el Riesgo, la Cultura y el Desempeño	19.1. ¿Existen procesos de reporte estandarizado a los diferentes niveles organizacionales?	3.- <i>A veces</i>
	19.2. Se generan reportes cualitativos (tendencia histórica, perspectiva futura, nivel de aseguramiento, etc.) como cuantitativos (nivel de exposición, nivel máximo, ¿etc.) de los principales riesgos?	2.- <i>Raramente</i>
	19.3. ¿Se reportan los riesgos materializados y su impacto real sobre los objetivos de la entidad?	3.- <i>A veces</i>
	19.4. ¿Se reporta sobre la cultura de riesgos?	1.- <i>Nunca</i>

Imagen No. 10. Componente Información, Comunicación y Reporte, Subred Norte ESE.
Fuente. Herramienta diagnóstico modelo de madurez para la gestión de Riesgo -DAFP, 2025

	INFORMES DE CONTROL INTERNO		CÓDIGO: EV-EG-F-08
			VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN		PÁGINA: 27 DE 28
			FECHA: 29/12/2023

El siguiente es el resultado del grado de madurez de la Subred Norte ESE, una vez aplicado el instrumento:

ÍNDICE GENERAL DE MADUREZ DEL SISTEMA INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	3,4	Definido		ATENCIÓN MÁXIMA	ATENCIÓN ALTA	ATENCIÓN MEDIA	ATENCIÓN LEVE
1. Gobierno y Cultura	3,2	Definido	35%				
1. Supervisión de Riesgos a través del Comité Institucional de Coordinación de	4,3	Administrado				1. Supervisión de Riesgos a través del Comité Institucional de Coordinación de	
2. Establece Estructuras Operativas	3,6	Definido				2. Establece Estructuras Operativas	
3. Define la Cultura Deseada	1,8	Inicial		3. Define la Cultura Deseada			
4. Demuestra Compromiso con los Valores del Servicio Público	3,2	Definido				4. Demuestra Compromiso con los Valores del Servicio Público	
5. Atrae, Desarrolla, y Retiene a Profesionales Capacitados	3,3	Definido				5. Atrae, Desarrolla, y Retiene a Profesionales Capacitados	
2. Estrategia y Definición de Objetivos	3,8	Definido	20%				
6. Analiza el Contexto Sectorial/Territorial e Institucional	5,0	Optimizado					6. Analiza el Contexto Sectorial/Territorial e Institucional
7. Define el Apetito al Riesgo	1,0	Inicial		7. Define el Apetito al Riesgo			
8. Evalúa Estrategias Alternativas	4,3	Administrado				8. Evalúa Estrategias Alternativas	
9. Formula Objetivos Estratégicos y Operacionales	5,0	Optimizado					9. Formula Objetivos Estratégicos y Operacionales
3. Desempeño	3,6	Definido	15%				
9. Identifica y describe el Riesgo	4,0	Definido				9. Identifica y describe el Riesgo	
10. Evalúa el Riesgo Inherente	4,0	Definido				10. Evalúa el Riesgo Inherente	
11. Diseña Controles efectivos	3,3	Definido				11. Diseña Controles efectivos	
12. Prioriza Riesgos	3,3	Definido				12. Prioriza Riesgos	
13. Desarrolla una visión integral	3,3	Definido				13. Desarrolla una visión integral	
4. Análisis y Monitorización	2,5	Repetible	15%				
14. Evalúa los Cambios Significativos	2,5	Repetible			14. Evalúa los Cambios Significativos		
15. Revisa el Riesgo y el Desempeño	3,0	Repetible			15. Revisa el Riesgo y el Desempeño		
16. Persigue la Mejora de la Gestión del Riesgo	2,0	Inicial		16. Persigue la Mejora de la Gestión del Riesgo			
5. Información, comunicación y reporte	4,1	Administrado	15%				
17. Aprovecha la Información y la Tecnología	5,0	Optimizado					17. Aprovecha la Información y la Tecnología
18. Comunica Información sobre Riesgos	5,0	Optimizado					18. Comunica Información sobre Riesgos
19. Informa sobre el Riesgo, la Cultura y el Desempeño	2,3	Repetible					

Imagen No. 11. Mapa de calor, Nivel de Madurez, Subred Norte ESE.

Fuente. Herramienta diagnostico modelo de madurez para la gestión de Riesgo -DAFP, versión 7.

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 28 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

El resultado final de 3.3. del grado de madurez de la Subred Norte ESE, lo categoriza como “DEFINIDO” o “PRESENTE” es decir que contempla: “una práctica que es reconocida y aplicada de forma consistente”. En tal sentido, dicho nivel, tal y como lo establece la Guía del DAFP, determina hitos de intervención por las Oficinas de Planeación o gerencias de riesgo, que serán sometidas a la Dirección en el Marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. La siguiente grafica tomada del instrumento resume la calificación obtenida por componente:

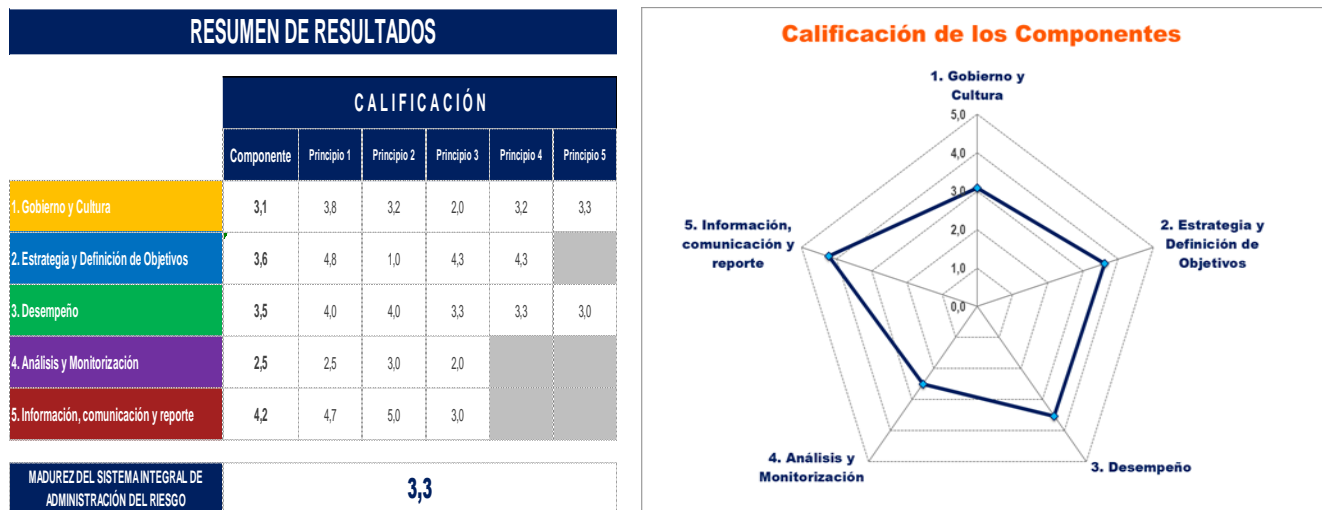


Imagen No. 12. Resumen Grado de madurez, Subred Norte ESE.
Fuente. Herramienta diagnóstico modelo de madurez para la gestión de Riesgo -DAFP, 2025.

La distribución por nivel de atención y por componente, reflejado en el mapa de calor, permite establecer las siguientes observaciones:

Se logra ubicar que los componentes de: **Gobierno y Cultura** (Definición de Cultura Deseada); **Estrategia y Definición de Objetivos** (Definir el apetito de Riesgo) y **Análisis y Monitorización** (Persigue la mejora de la Gestión de Riesgo), serán sujeto de **ATENCIÓN MÁXIMA**

Para el caso de los componentes de Desempeño (desarrolla una visión integral) y Análisis y Monitorización (evalúa los cambios significativos y Revisa el Riesgo y el Desempeño), el mapa de calor establece una categoría de **ATENCIÓN ALTA**.

Es significativo de que solo un criterio se encuentra en **ATENCIÓN LEVE**, correspondiente al componente de Información, comunicación y reporte. Los restantes 10 criterios de los diferentes componentes se encuentran en categoría de **ATENCIÓN MEDIA**.

El panorama reflejado en el grado de madurez de la Subred Norte ESE, permite recomendar el fortalecimiento desde la cultura organizacional, de la Gestión Integral del Riesgo, que mejore la capacidad de respuesta a las amenazas y pasar de una gestión reactiva a una gestión preventiva.

	INFORMES DE CONTROL INTERNO	CÓDIGO: EV-EG-F-08
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN	PÁGINA: 29 DE 28
		FECHA: 29/12/2023

6. RESULTADOS.

6.1. FORTALEZAS.


- Los seguimientos trimestrales realizados a través del aplicativo ALMERA, permiten disponer de información y seguimientos realizados por la primera y segunda línea de defensa.
- La actualización reciente realizadas por la Alta Dirección de las políticas institucionales, incluyendo los subsistemas de la Gestión del Riesgo, reglamentado a través de la Circulares Externas: 20211700000004-5 de 2021 y 20211700000005-5 de la Supersalud.

6.2. OBSERVACIONES.

- A través de este informe se logró evidenciar que el mapa de riesgos institucional y clínicos, correspondiente a la vigencia 2025, no se encuentra publicado en la página web de la Subred Norte ESE, presentando un incumplimiento a lo preceptuado en la Ley 1712 de 2014, de Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública, lo que afecta el derecho fundamental de acceso a la información pública y la confianza ciudadana.
- El presente seguimiento evidencio que el mapa de riesgos institucionales no ha sido actualizado desde hace 3 años, lo que se agrava con el detalle del riesgo materializado disponible en ALMERA para tales vigencias. Lo anterior, evidencia una contravención a lo establecido en la “*Guía para la Gestión Integral del Riesgo en entidades públicas*” versión 7, 2025 del DAFP, lo que conlleva decisiones basadas en información obsoleta, afectando el tratamiento del riesgo y la respuesta a la gestión efectiva del riesgo y las amenazas institucionales.

6.3. RECOMENDACIONES

- Actualizar el “Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, versión 6”, Código ES-GE-M-02 de la Subred Norte E.S.E, disponible en el aplicativo ALMERA, incluyendo lo pertinente de la temática de la “*Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas*” - Versión 7, del DAFP, en aspectos como Matrices de Severidad, Riesgos Fiscales y SIGRIP entre otros aspectos.
- El panorama reflejado en el grado de madurez de la Subred Norte ESE, permite recomendar el fortalecimiento desde la cultura organizacional, de la Gestión Integral del Riesgo, que mejore la capacidad de respuesta a las amenazas y pasar de una gestión reactiva a una gestión preventiva.
- Finalmente, como ha sido recomendado desde el DAFP y la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República, para el Subsistema SARLAFT, cada entidad debe contar con un Manual de Debida Diligencia, en el Conocimiento de las Contrapartes, lo que hace parte integral del Programa de Transparencia (página 154 de la Guía DAFP, versión 7).


	INFORMES DE CONTROL INTERNO		CÓDIGO: EV-EG-F-08
			VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. EVALUACIÓN DE GESTIÓN		PÁGINA: 30 DE 28
			FECHA: 29/12/2023

7. CONCLUSIONES.

El Sistema de Gestión Integral del Riesgo – SIGR, en la Subred Norte ESE, se ha tornado reactivo antes que preventivo, con un mapa de riesgo institucional inalterable desde hace 3 años, siendo vulnerable ante las amenazas latentes en el sector. A su vez, el grado de madurez, del Sistema, presenta retos importantes de cara al desarrollo y la consolidación de la cultura del Riesgo, su desempeño y su análisis y monitorización, que además garanticen un grado de avance significativo, como respuesta efectiva a la implementación reglamentada a través de las Circulares Externas, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Solicitud Plan De Mejoramiento					
El informe de seguimiento	Si	X			requiere un plan de mejoramiento.
<p>De conformidad con lo establecido en el instructivo Seguimiento Planes de Mejora de Auditorías Internas (EV-EG-I-01), el líder del proceso auditado, así como los directores, jefes de oficina y asesores de los procesos involucrados, deberán, para cada uno de las OBSERVACIONES reportadas, coordinar, elaborar y completar el formato ES-GC-F-10-04 “Plan de Mejoramiento Institucional”, diligenciando los campos correspondientes (identificación de la causa principal del hallazgo, acciones de mejora, persona responsable de la acción, fechas de inicio y finalización de la acción) en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción del informe final de la auditoría. Las acciones consignadas en dicho formato deberán tener como objetivo la eliminación y/o mitigación de las causas que originaron los hallazgos identificados.</p> <p>En caso de ser necesario, la oficina de Control Interno brindará asesoramiento metodológico para la formulación del plan de mejoramiento.</p>					

Firmas


JUAN CARLOS HURTADO SIERRA
 Jefe Oficina de Control Interno (E)
 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E


ALEXANDER RODRIGUEZ GUTIERREZ
 Profesional Especializado
 Oficina de Control Interno


OSCAR IWAR VERGARA MEDINA
 Profesional Especializado
 Oficina de Control Interno