

Santa Fe de Antioquia, diciembre 31 de 2025

Respetados:

Dr. Santiago Varela Macias, Gerente

C.C: Sr. Yamid Carvajal C, alcalde, presidente Junta Directiva, Lina María Présiga, comunicadora

De: Asesor de Control Interno de Gestión

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA

INFORME EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

A DICIEMBRE 31 DE 2025

Para dar cumplimiento al artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9° de la Ley 1474 de 2011 y artículo 231 del Decreto Ley 019 de 2012 y al artículo 156 del Decreto Ley 2106 de 2019, los cuales hacen referencia al tema anti-trámites y la Circular Externa 100-006 de 2019 del DAFP; en calidad de jefe de la Oficina de Control Interno de gestión de la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia, presento a la gerencia el Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno **del segundo trimestre 2025**, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, el cual debe ser publicado en el sitio web de la entidad.

El presente informe se basa en el Decreto 1499 de 2017, modificatorio del Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública y en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, el cual establece la integración de los Sistemas de Gestión en articulación con el Sistema de Control Interno, en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión facilitando a las entidades del Estado planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar el desempeño, bajo criterios de calidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

El MECI es una herramienta que operativiza el Sistema de Control Interno, a través de los 5 componentes:

NOTA: Desde función pública se diligencia el FURAG una vez al año, razón por la cual solo se da una calificación al año y con dicha calificación se emiten los dos informes de evaluación independiente del estado del sistema de Control Interno.

CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN DEL SEGUNDO SEMESTRE 2025

Los cinco (5) componentes presentan un alcance del 64.1% en la medición del 2025, correspondientes al año 2024, frente a 65.60% de 2023 con medición en 2024 y de 60,26% de 2022 medición hecha en 2023, así:

Componente	Resultado 2022	Resultado 2023	Resultado 2024
Ambiente de Control	68	55.7	67.0
Evaluación de Riesgos	70	66.5	55.2
Actividades de Control	60	55.6	51.7
Información y Comunic.	60	38.9	66.0
Monitoreo	70	84.6	66.0

ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES

-Ambiente de Control: Asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno. Fortalezas y debilidades:

Fortalezas:

-En el segundo semestre 2025, se cuenta con la aceptación, respaldo y credibilidad de la Junta Directiva, propiciando espacios en las reuniones de junta para socializar e informar temas de interés (informes de auditorías, seguimiento al plan operativo, resultados del FURAG) o socializar temas específicos.

-Se presenta al equipo directivo cada mes (**junio-diciembre 2025**) un informe de recomendaciones de los hallazgos que se evidencian en el normal desarrollo de los procesos y procedimientos, además de los informes de ley que se comparten con ellos.

-Se cumple con la programación de reuniones del comité coordinador de Control Interno **del segundo semestre 2025** (dos al año), del que participo como secretario técnico.

-Se participa de las reuniones programadas por el comité municipal de auditoría.

-En el segundo semestre 2025 se participó activamente con el comité de Gestión y desempeño en reuniones mensuales, donde se contó con un espacio cada mes para capacitar y socializar los temas del MIPG, avances de la medición del Plan operativo, resultados del FURAG y demás temas de interés que se deben socializar desde la unidad de Control Interno de Gestión.

-Se asiste como invitado a los demás comités institucionales realizados en el 2025, donde se identifican oportunidades de mejora que son socializadas a la alta dirección y a los referentes o líderes de áreas.

-En el segundo semestre 2025 la unidad de Control interno de Gestión realiza trazabilidad en todos los Procesos y Procedimientos de la entidad como insumo para su gestión.

Debilidades:

-La oficina de Control Interno solo cuenta con un servidor que cumple todas las actividades y responsabilidades de la oficina de Control Interno de gestión. En 2025 el personal que presta servicios en la entidad aumentó un 30% aproximadamente, toda vez que se amplía el portafolio de servicios, los proyectos de infraestructura y consecución de equipos biomédicos también crece en igual proporción y la unidad de control interno sigue funcionando con un solo responsable.

-El personal presenta dificultades para cumplir la planeación de las auditorías. No es la prioridad el cumplimiento a las auditorías, generando retrocesos y más tiempo del requerido.

-El rol o alcance como asesor de control interno de gestión de solo poder recomendar sobre las oportunidades de mejora y no poder actuar disciplinariamente para corregir las acciones incorrectas del personal; asociado a la falta de compromiso de algunos líderes de procesos o jefes de área en la exigencia con su personal que debe mejorar algunos aspectos (cumplimiento de horarios, protocolo de presentación, lineamientos de ausentismo, realización de funciones), entre otras.

-Los planes de mejora que resultan de las auditorías deben ser más atendidos por los directivos y referentes para que haya mejora continua en los procesos.

-Las directivas y la oficina de Control Interno disciplinario deben ser más exigentes con los correctivos de las acciones indebidas por parte de los servidores. No basta con ser conciliadores cuando las acciones incorrectas se repiten y no se siente una exigencia por parte de los directivos como cartas de compromiso e incluso procesos disciplinarios. Se es muy permisivo cuando se incumplen el reglamento interno, el código de ética o el manual de funciones y competencias laborales.

-Las directivas de la entidad, por desconocimiento o por cumplimiento de metas, en ocasiones, olvidan la independencia del rol del Control Interno y delegan funciones en las que su deber hacer seguimiento, convirtiéndose en juez y parte de la acción.

-Evaluación de Riesgos: Gestión de los riesgos institucionales para evitar su materialización. Fortalezas y debilidades que evitan la materialización del riesgo.

Fortalezas:

-Se cuenta con la resolución No. 672 del 15 de diciembre de 2023 “Por la cual se crea el comité de gestión integral de riesgos de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia”, con la resolución No. 425 del 10 de agosto de 2023 que institucionaliza la Política para la administración del riesgo y se cuenta con el procedimiento de gestión del riesgo.

-En el segundo semestre 2025 se realizó un taller con el personal asistencial y de apoyo, donde se identifican los nuevos posibles riesgos por cada proceso y subproceso, los cuales deben ser llevados a la matriz en 2026.

Asunto: Actualización Matriz de riesgo octubre 2025

En cumplimiento con la resolución No. 672 del 15 de diciembre de 2023 “Por la cual se crea el comité de gestión integral de riesgos de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia”, la resolución No. 425 del 10 de agosto de 2023 que institucionaliza la Política para la administración del riesgo y el procedimiento de gestión del riesgo, se elabora una lluvia de ideas con los referentes de los procesos y procedimientos para conocer de cada uno los posibles riesgos que consideran deben hacer parte de la matriz institucional 2025, obteniendo los siguientes resultados:

Promoción y Mantenimiento de la salud:

-En la sede ambulatoria llano de Bolívar se ha ampliado el portafolio de servicios incluyendo el programa de salud vital lo que genera un aumento de los usuarios y **no se cuenta con cámaras de seguridad** para el ingreso y egreso de ellos. Para evidenciar retiro de activos o insumos por personal interno o externos. Con 20 minutos descubiertos por almuerzo del vigilante.

-Al aumentar la población atendida se aumenta la población en condición de movilidad reducida, los que se deben atender en el primer piso afectando la oportunidad en la atención programada. **La falta de un ascensor que permita el ingreso de todo tipo de usuario a los consultorios programados** incluyendo los controles por Antioquia vital. Además, es una exigencia de habilitación.

Consulta externa, entrega de órdenes y autorizaciones:

-Inasistencia del personal médico y/o traslado masivo para quién cubre los imprevistos, llegando hasta la devolución del paciente. En especial con la especialidad de urología **(Riesgo reputacional)**

-Falta de planeación de los facturadores toda vez que se factura los usuarios que salen del sistema dándole inasistencia aun teniéndose el drive con anticipación.

Experiencia del Usuario:

- La no oportunidad en la entrega de las PQRSF en la plataforma de trámites inmediatos de la Supersalud. (3 días)
- No se les da la importancia requerida a las quejas por las directivas o Control Interno Disciplinario, en especial cuando es por maltrato o mal comportamiento del cliente interno. Las cuales pueden llegar a la Supersalud. (Riesgo reputacional)
- Retroceso con las correcciones de fórmulas, las cuales se han vuelto reiterativas y devueltas varias veces por la misma corrección.
- Daño en la cobertura del perifoneo como mecanismo de comunicación para el cliente interno y externo. Se considera que la información es recibida por todo el personal.

Maternidad y pediatría:

- Desde el proceso de seguridad del paciente se fortalece en el 2025 el tema de riesgos relacionado con lo asistencial

Debilidades:

- La resolución No. 672 de diciembre 15 de 2023 que institucionaliza el comité de gestión integral del riesgo debe ser actualizada, desde sus integrantes y la normativa vigente.
- El comité de gestión integral del riesgo no fue operativo en el segundo semestre 2025.
- Falta socializar más **la cultura del riesgo** (Política de riesgos, comité de Riesgos, Matriz de Riesgos, seguimiento a la matriz, etc)
- La entidad cuenta con una ruta de Inducción para todo el personal que ingresa a prestar sus servicios, sin importar el tipo de vinculación. La unidad de control interno de gestión no hace parte dicha ruta, por lo cual no se aprovecha dicho momento para socializar el tema. No se da la importancia que requiere la administración de los Riesgos como un compromiso de todo servidor.

-La entidad institucionalizó un plan de reinducción en junio de 2025, el cual está conformado por tres etapas, siendo una de ellas la implementación de la plataforma para un Plan de Educación Continuada (PEC), en la cual se actualiza a todo el personal sobre el deber ser de la entidad y participan los distintos procesos y procedimientos; la unidad de Control Interno de Gestión hace parte de dicha plataforma. A noviembre 30 de 2025, fecha límite para cumplir con este compromiso, solo se certificó el 50% de los colaboradores.

-Falta capacitación al personal sobre el manejo y la administración de los riesgos.

-Actividades de Control: Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos. Fortalezas y amenazas en los mecanismos para tratar los riesgos ya materializados.

Fortalezas:

-En el 2024 se materializa un riesgo financiero, desde el procedimiento de Tesorería; en el 2025 el Plan de auditorías de control interno de gestión se construye basado en la materialización de dicho riesgo, tomando el proceso de gestión administrativa y financiera y los subprocesos de Tesorería, Contabilidad, Ejecución presupuestal y Costos, con el fin de fortalecer y hacer seguimiento al cuidado de los recursos financieros de la ESE Hospital. Estas auditorías se inician en el mes de marzo de 2025 y se finalizan a finales del mismo año. Esta auditoría permite hacer seguimiento a la caja menor y en los puntos de recaudo de admisiones, urgencias, Centro de atención a la primera infancia-CAPI y llano de bolívar durante el segundo semestre de 2025.

-Se hace seguimiento al libro diario de tesorería y sus respectivas consignaciones oportunas y en las cuentas correspondientes.

-Desde la oficina de calidad (seguridad del paciente) se monitorea y hacen seguimiento a la matriz de riesgos con el fin de evidenciar si se materializa uno de ellos e implementar planes de mejora.

-Desde la unidad de Control Interno se presenta un informe mensual (julio a diciembre 2025) de recomendaciones a la gerencia con los hallazgos de auditoría del seguimiento a los procesos que identifica los riesgos que pueden existir.

Debilidades:

-Entendido que los riesgos de la institución es responsabilidad de todos, se evidencia la necesidad de fortalecer el tema de la administración del riesgo a todos los colaboradores y en los referentes.

-No se incluye en el plan de capacitación el tema de la administración de los riesgos.

-En el año 2025 el cargo de Asesor de cumplimiento SICOP-SARLAFT no tiene un responsable de desarrollar sus funciones, en especial en la administración de los riesgos.

-Información y Comunicaciones: Verificar que la información y la comunicación sean efectivas para la adecuada operación en la entidad. Fortalezas y debilidades para la implementación de mecanismos para tratar los riesgos.

Fortalezas:

-Desde la unidad de Control Interno de gestión se aprovecha los espacios en el comité de gestión y desempeño cada mes (julio- diciembre de 2025) para socializar con el equipo de referentes las novedades generales y las de auditoria basada en riesgos desde el MIPG, como estrategia de comunicación.

-Desde el comité Coordinador de Control Interno de diciembre de 2025 se socializan los informes relacionados como resultados del FURAG, seguimiento del plan operativo 2025, resultados de las auditorías de control interno de gestión, entre otros.

-Se participa del proceso de información y experiencia del usuario y se hace seguimiento a la información dada por los colaboradores del proceso a los usuarios y el acompañamiento a los mismos.

-Se acompaña la Asociación de Usuarios en la apertura de buzones como estrategia de comunicación entre los usuarios y los directivos y en sus reuniones mensuales donde se socializan las oportunidades de mejora que resultan a través de escuchar a los usuarios.

-En el segundo semestre 2025 se presenta un informe de recomendaciones mensual al gerente y directivas con las evidencias logradas en el desarrollo de cada uno de los procesos.

-En el segundo semestre 2025 se realizó rendición de cuentas a los distintos grupos de interés, la cual se hace integrada con la administración municipal. Donde se informa a la comunidad la gestión la gestión del segundo semestre del año, en especial los proyectos logrados con la gobernación y el Ministerio.

-Se cumple con la invitación de asistir a las sesiones del honorable concejo municipal, donde se rinde información y se aclaran dudas e inquietudes de los concejales y se escuchan las recomendaciones de los ediles en calidad de representantes de la ciudadanía en temas de salud.

Debilidades:

-Falta hacer uso de los medios de comunicación existentes en la región donde se presten los servicios de salud de la ESE Hospital para difundir y socializar información de importancia con los usuarios y la comunidad en general.

-Falta aprovechar la tecnología de las redes sociales con el fin de informar lo relacionado a la buena gestión en la prestación de servicios de salud y/o controvertir la mala información que surge desde el desconocimiento o mal informado por grupos de interés mal intencionados sobre la gestión en la ESE Hospital.

-La rendición de cuentas que se realiza en diciembre de 2025 en compañía de la rendición de la administración municipal se debe hacer independiente, presencial y no virtual y que cumpla con los parámetros de rendición respecto a la convocatoria, espacio y contenido. Logando la presencia de los representantes de los grupos de interés.

-Actividades de Monitoreo: Monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente. Fortalezas y debilidades en la autoevaluación y evaluación independiente.

Fortalezas:

-Desde la unidad de Control Interno de Gestión se realizó seguimiento al Plan operativos 2025 con corte a noviembre 30 de 2025, alcanzando un 85.23% de la gestión. Queda pendiente por evaluar el avance del mes de diciembre de 2025.

-Se cumple con el Plan de auditorías 2025, donde se realizan cinco (5) auditorías, de las cuales una (1) asistencial al proceso de comunicación y experiencia del usuario y cuatro (4) al proceso de gestión administrativa y financiera en los procedimientos de contabilidad, tesorería, ejecución presupuestal y costos.

-En el segundo semestre 2025 se actualizó el procedimiento de auditorías de Control Interno, quedando por codificar por la oficina de calidad.

-En el segundo semestre 2025 se realizó arqueos periódicos de caja menor y en los puntos de recaudo de admisiones, urgencias, centro de atención de la primera infancia-CAPI y en el centro de salud del llano de bolívar.

-Desde la unidad de control interno de gestión se hizo seguimiento al inventario realizado en la farmacia de la sede central del barrio de Jesús, farmacia satélite del centro de salud del llano de bolívar, urgencias, cirugía, laboratorio, Abriaquí y almacén.

-En el segundo semestre 2025 se hizo seguimiento al cumplimiento de cronograma de reuniones de comité coordinador de control interno por la oficina de calidad, alcanzando un 70% de cumplimiento.

-En cumplimiento de la resolución No. 425 del 10 de agosto de 2023 que institucionaliza la Política para la administración del riesgo y el procedimiento de gestión del riesgo, se elabora una lluvia de ideas con los referentes de los procesos y procedimientos para conocer de cada uno los posibles riesgos que consideran deben hacer parte de la matriz institucional 2025

-Se contó con el manual de auditoría interna de Control Interno para el cumplimiento del plan de auditorías 2025.

-Se contó con un procedimiento de auditoría interna de Control Interno.

-Se contó con un procedimiento de evaluación del sistema de Control Interno.

-Se contó con un formato para el plan anual de auditoría y de arqueo de caja menor.

-Se contó con un procedimiento de gestión del riesgo.

-Se contó con una política de gestión del riesgo.

-Se contó con un comité de gestión integral del riesgo.

-En segundo semestre 2025

-En el segundo semestre 2025 se continua la estrategia de humanización a través del pacto por la humanización, con el fin de fortalecer la segunda línea del plan de desarrollo (Modelo de atención al usuario con calidad, honestidad y humanización y en su tercera línea (Modernización tecnológica y de infraestructura humanizada) ,

Debilidades:

-Falta conciencia sobre el rol del control interno a nivel institucional, toda vez que no se ejerce ninguna autoridad y solo es un acompañamiento en el desarrollo de los procesos a través de recomendaciones. Es necesario fortalecer y capacitar a los servidores sobre los temas de Control Interno de Gestión, auditorías internas y externas, autocontrol, evaluación independiente, entre otros.

-No se vincula el proceso de control interno a la planeación de la entidad, toda vez que se construye una ruta de inducción y reinducción en el 2025 y no se participa al control interno en dicha ruta.

-En el segundo semestre 2025 se hace necesario generar cultura en el tema de reportes en el tema de seguridad del paciente.

-Se evidencia que los indicadores de la quinta línea del Plan de desarrollo 2025-2028 (Sostenibilidad financiera eficiente) no cumplen con las expectativas de la meta, toda

vez que las EPSs no cumplen con los compromisos de pago por la prestación de los servicios de salud prestados a sus usuarios.

-El plan de austeridad en el segundo semestre 2025 solo cumple el 50% de la meta propuesta, se requiere fortalecer la cultura de la austeridad en el gasto a nivel institucional.

RECOMENDACIONES

A-AMBIENTE DE CONTROL:

-Se debe cumplir con la planeación de las auditorías por parte de los auditados, al igual que las reuniones de apertura y cierre para culminar con éxito dichas auditorías y se cumpla el objetivo de las auditorías internas haciendo las respectivas recomendaciones oportunamente y los planes de mejora y evitar así que se detecten a través de las auditorías externas los hallazgos que pueden ser evitados.

-El gerente y su equipo directivo deben dar más importancia a las recomendaciones que comparte la unidad de control interno de las diferentes auditorías y del desarrollo de los procesos, con el fin de corregir las oportunidades de mejora y fortalecer los procesos y procedimientos.

-Se debe incluir en el plan de capacitaciones 2026 los temas que fortalezcan el conocimiento de los servidores en temas como autocontrol, Autoevaluación, auditoría, riesgos de los servicios, entre otros.

B. EVALUACIÓN DE RIESGOS:

-Se recomienda actualizar la resolución No. 672 del 15 de diciembre de 2023 “Por la cual se crea el comité de gestión integral de riesgos de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia”, la resolución No. 425 del 10 de agosto de 2023 que institucionaliza la Política para la administración del riesgo y el procedimiento de gestión del riesgo, desde la oficina de calidad y el asesor de Control Interno de Gestión (o quién delegue la alta dirección).

-En el segundo semestre 2025 se realizó un taller con el personal asistencial y de apoyo, donde se identifican los nuevos posibles riesgos por cada proceso y subproceso, los cuales deben ser llevados a la matriz de riesgos en 2026.

-Se debe incluir en el Plan de capacitaciones 2026 el tema de administración y control de riesgos.

-Realizar una planeación y un trabajo en equipo con los responsables de seguridad del paciente en el tema de auditorías y seguimiento a los procedimientos asistenciales, con el fin minimizar la probabilidad de ocurrencia de riesgos y su impacto.

-La matriz de riesgos 2026 debe ser elaborada incluyendo los riesgos priorizados desde seguridad del paciente.

-Se debe exigir al 100% de los colaboradores el certificado de capacitación del PEC, toda vez que, a noviembre 30 de 2025, fecha límite para cumplir con este compromiso, solo se certificó el 50% de los colaboradores.

-El comité de gestión integral del riesgo no fue operativo en el segundo semestre 2025, por tal razón debe reactivarse en el 2026.

C. ACTIVIDADES DE CONTROL: Actividades de control efectivas.

Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos. Medida que permite reducir o mitigar el riesgo.

En el segundo semestre 2025 no se ha materializado ningún riesgo.

En el segundo semestre 2025 el procedimiento de seguridad del paciente ha seguido paso a paso como impedir la ocurrencia de los riesgos, se incrementaron los reportes de los casos ocurridos, lo que minimiza la ocurrencia o se minimizan los impactos. Se debe continuar con las capacitaciones y los comité de seguridad del paciente donde se comparte con los referentes los avances en seguridad y administración de los riesgos.

D. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.

En el segundo semestre de 2025 la página web institucional no se actualizó permanentemente.

Se debe fortalecer el equipo de información y experiencia del usuario de modo que se cubran oportunamente todas las necesidades y requerimientos de los usuarios.

Se debe revisar el tema de errores en las fórmulas emitidas por los profesionales a los pacientes, las cuales vienen presentando de manera repetitiva en la actualidad. Esta ocurrencia incrementa las funciones del equipo de experiencia del usuario.

Continuar con el acompañamiento del equipo directivo y del equipo de experiencia del usuario a la asociación de usuarios, la cual viene participando activamente en velar por los derechos de los usuarios.

E. ACTIVIDADES DE MONITOREO: Monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.

En este componente interviene la primera línea de defensa (gerente y líderes de los procesos, programas y proyectos), su rol principal es diseñar, implementar y monitorear los controles; también interviene la segunda línea de defensa (asesor de Calidad, interventores de los contratos, comité de riesgos, comité de contratación, entre otros), éstos deben asegurar que los controles y procesos de gestión de riesgos implementados por la primera línea de defensa estén diseñados apropiadamente y funcione como se pretende. Su rol es monitorear la gestión de riesgo y control ejecutada por la primera línea de defensa y complementarlo. La tercera línea de defensa está a cargo de la oficina de Control interno de gestión y su rol es asegurar la efectividad del Sistema de Control Interno objetivo e independiente.

Se debe participar al proceso de control interno de gestión en la ruta de inducción y reinducción a través del plan de educación continuada-PEC, donde se exponga y se dé a conocer el manejo de las líneas de defensa y sus responsabilidades y su rol.

Se recomienda continuar y fortalecer la cultura del autocontrol, autoevaluación y construcción y análisis de los indicadores, que permiten medir el avance de cada proceso.

-Se cuenta con un manual de auditoría interna de Control Interno del año 2018, el cual se debe actualizar en 2026

-Se cuenta con un formato para el plan anual de auditoría y de arqueo de caja menor, los cuales deben ser actualizados en el 2026.

-Se cuenta con un procedimiento de gestión del riesgo de 2021, el cual debe ser actualizado en 2026.

-Se cuenta con una política de gestión del riesgo, la cual debe ser actualizada.

-Se cuenta con un comité de gestión integral del riesgo, el cual debe ser operativo y actualizar la resolución que le da piso jurídico en el 2026.

-Generar cultura de austeridad en la entidad, para dar cumplimiento al Plan de austeridad institucional.

-Implementar nuevas estrategias de recaudo de cartera con las EPSs o controlar la prestación de los servicios a aquellas EPSs que no cumplen con los acuerdos de pago.

Otras recomendaciones:

- Incluir el proceso de control interno de gestión en la ruta de inducción, reinducción y el plan de educación continua.
- Socializar la resolución No. 425 del 10 de agosto de 2023 “Por la cual se adopta la política de Administración del riesgo”, la cual vincula a todos los colaboradores con el tema de los riesgos y la responsabilidad de evitarlos o en su defecto minimizarlos.
- Actualizar y socializar la resolución No 672 del 15 de diciembre de 2023 “Por medio de la cual de conforma el Comité de Gestión Integral del Riesgo”
- Mantener actualizada la información requerida en la página web institucional.
- Hacer seguimiento al plan de austeridad y generar más campañas de concientización con el departamento de comunicaciones.
- Desde la oficina de información y experiencia del usuario brindar la mejor información, orientación y acompañamiento a los usuarios, con el fin de mantener una buena imagen como entidad prestadora de servicios de salud.
- Fortalecer la cultura de manejo de indicadores como herramienta fundamental en el seguimiento a sus proceso y procedimientos.

JORGE ALBERTO VELASQUEZ MIRANDA

Asesor de Control Interno de Gestión

Fecha de elaboración:	31 de diciembre de 2025
Oficio proyectado por:	Jorge Alberto Velásquez Miranda (Asesor de control interno))