
	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		
	GESTION INTEGRAL DE LA SAMARITANA		
	ACTA DE REUNIÓN		
	05GIC38-V3		
			05GIC92

REUNIÓN	COMITÉ GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS	ACTA No. 5	
FECHA	28 de enero 2025	HORA DE INICIO	10:00 AM
LUGAR	Sala de Juntas - HUS	HORA FINAL	11: 15 AM

OBJETIVO DE LA REUNIÓN

Realizar sesión trimestral del comité de gestión Integral del riesgo, correspondiente a la primera sesión del 2025, para presentar el mapa de riesgos SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude) propuesto para la vigencia 2025 y el Programa de Transparencia y Ética Publica PTEP el cual reemplaza el Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC, lo anterior para su aprobación y posterior firma del Gerente y su publicación en términos de Ley.

TEMAS A TRATAR

1.	Saludo bienvenida
2.	Introducción y generalidades de la documentación del Programa de Transparencia y Ética Publica PTEP 2025
3.	Socialización del ejercicio realizado para definir presentar el mapa de riesgos SICOF(Corrupción, Opacidad y Fraude) 2025
4.	Socialización de mapa de riesgos SICOF 2025
5.	Compromisos y varios

REVISIÓN DE COMPROMISOS ACTA ANTERIOR: APLICA

NO APLICA



Este ítem puede o no aplicar: Marque con una "x", Para los casos que aplique diligencie la descripción de la actividad

#	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1				
2				
TOTAL DE ACTIVIDADES				
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (Actividades cumplidas/Total de actividades programadas)				

DESARROLLO DE LOS TEMAS A TRATAR

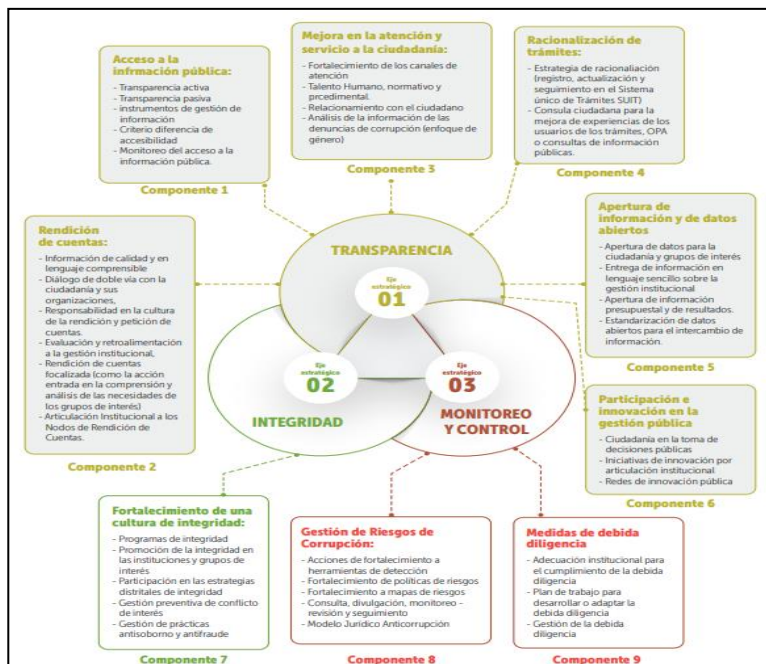
Se da inicio al comité siendo las 10:05 am. El jefe de la Oficina de Planeación y Calidad Ingeniero Leonardo Duarte realiza la apertura dando la bienvenida, a los participantes que se encuentran presencial y virtualmente, comunica que la sesión está centrada en la socialización del mapa de riesgos SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude) 2025 definido en ejercicio en conjunto con los líderes de proceso y el Programa de Transparencia y Ética Publica PTEP 2025 construido y documentado de manera participativa, esto lo presentará la profesional Especializada de Gestión de Riesgos Karol Adriana Sánchez para que informe lo concerniente a riesgos.

Se realiza verificación del cumplimiento de los compromisos del comité anterior donde se informa que el 100% se ejecutó de acuerdo a las fechas y responsables. Se procede a desarrollar los temas de acuerdo a la agenda previamente establecida, lo primero que se aborda es el documento final del Programa de Transparencia y Ética Publica PTEP 2025 el cual dentro de su metodología se construyó y valido en conjunto con los diferentes actores y responsables de su ejecución, para esto se aclaró la normatividad que lo rige "La Ley 2195 de 2022, por medio de la cual se

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	
	GESTION INTEGRAL DE LA SAMARITANA	
	ACTA DE REUNIÓN	
	05GIC38-V3	05GIC92

adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción, establece en su artículo 31 la necesidad de que las entidades públicas formulen los Programas de Transparencia y Ética pública como herramienta para fortalecer las acciones preventivas en la lucha contra la corrupción” Para esto se presentaron los componentes 9 que aplican y sus subcomponentes tal y como se puede evidenciar:

Dentro de la gestión de este Programa desde la Oficina de Planeación se envió la propuesta para que cada uno de los líderes o responsables la validaran y aprobaran o ajustaran de acuerdo a su responsabilidad, mismo archivo enviado desde el pasado 19 de diciembre 2024 y aprobado en la presente sesión de Comité A continuación se presnetan los componentes como quedaron para HUS



Componente 1 Mecanismos para la transparencia y acceso a la información

Componente 2 Rendición de cuentas

Componente 3 Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano

Componente 4 Racionalización De Trámites

Componente 5 Apertura De Información y Datos Abiertos

Componente 6 Participación e innovación en la Gestión Pública

Componente 7 Promoción de la integridad y la ética

Componente 8 Gestión de Riesgos de Corrupción (SICOF)

Componente 9 Medida de Debida Diligencia

El documento fue validado (Actividades y responsables) ajustando lo que los participantes solicitaron y quedando aprobado para presentarlo al Gerente para su firma y posterior publicación en pagina web, se pregunta a los participantes de manera virtual y presencial si tiene alguna otra sugerencia a lo que responde que ninguna y se procede a la siguiente parte del Comité.



Se presenta la generalidad de Riesgos SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude) 2025, enmarcado inicialmente en la Política de Administración de Riesgos la cual demuestra el compromiso de la Alta dirección en esta gestión, se recuerda que nos rigen el DAFP Departamento Administrativo de la Función Pública y la Supersalud, se recuerdan las tipologías, subtipologías y responsables Institucionales definidas y desarrolladas desde el 2024.

Se recuerda la definición de Corrupción “Es la posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.”, se habla de las subtipologías **Opacidad:** “Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública”, **Fraude:** “Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.”

Se recuerda que los Riesgos definidos como SICOF cumplan las características definidas desde el DAFP:

DEFINICION DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN (SICOF) HUS				
Descripción del Riesgo	Acción u omisión	Uso del poder	Desviar la Gestión de lo Público	Beneficio privado
Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de celebrar un contrato.	X	X	X	X

Este instrumento muestra las características que debe tener un riesgo que se desea catalogar como SICOF, de igual manera la forma recomendada para enunciarlo, se determinó que cada líder realizara previamente su verificación desde el autocontrol en sesión con su equipo de

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	
	GESTION INTEGRAL DE LA SAMARITANA	
	ACTA DE REUNIÓN	
	05GIC38-V3	
	05GIC92	

trabajo para validar los ajustes que se realizaron en ALMERA de manera sincrónica en sesión concertada como segunda etapa de definición de estos riesgos entre la primera y segunda línea de defensa. Se exalta el compromiso de cada uno de los líderes y su grupo de trabajo para el desarrollo de la actualización y definición de riesgos SICOE 2025, se informa que dentro de la validación de riesgos algunos de los grupos de trabajo llegaron a establecer la subtipología que consideran se alinea al riesgo definido, dando así un paso adelante en la gestión y definición de riesgos, de igual manera se evidenció una evaluación del impacto más alineada a la dinámica Institucional sin que el aumento en este genere malestar o preocupación ya que se recuerda que lo más importante es la gestión que se realiza entorno al riesgo.

Este ejercicio afianza el compromiso frente a la gestión de riesgos alineado a lo descrito en la Guía del DAFP V6 y la línea técnica establecida en el HUS, como parte integral del ejercicio se recuerda que en el 2024 se contaba con (14) riesgos SICOE gestionados, mismos que continúan para el 2025, para la presente vigencia y dando respuesta a la recomendación de la Oficina de Control Interno se documentó la periodicidad de controles, establecimiento del documento donde se encuentra el Control definido y se estableció el plan de acción para cada uno de estos para la gestión en la vigencia y apoyo al autocontrol. Se presnetan los riesgos como quedaron para su conocimiento y se recuerda que los pueden consultar en el mosulo de riesgos de ALMERA y en la página web Institucional.



Dando así como resultado (14) riesgos de SICOE para el 2025, se pregunta a los participantes en esta sesión si tiene alguna pregunta o acotación a esto, a lo que responden que no.

Se notifica a los participantes que para la vigencia 2024 y de acuerdo a lo reportado desde el autocontrol por cada uno de los líderes de Proceso frente a sus riesgos específicos de los (75) riesgos identificados y gestionados Institucionalmente se materializaron (6) a saberse:

1. "Posibilidad que en la atención de Imágenes Diagnosticas, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios"
2. "Posibilidad de afectación reputacional y económica por pérdida de información de los sistemas críticos de la HUS y sus sedes, debido al inadecuado manejo de los sistemas de información, posibles ataques cibernéticos y falta de adherencia a los procesos y procedimientos."
3. "Posibilidad de afectación económica y reputacional por fallas en la atención integral del paciente en el servicio de Consulta Externa debido a cancelación o no atención por causa Institucional, demanda insatisfecha y falta de adherencia a procedimientos y protocolos."
4. "Posibilidad de afectación de imagen o reputacional por reproceso operacional debido a errores en la parametrización de (Códigos Únicos de Procedimientos en salud CUPS, medicamentos e insumos CUMS) del sistema Dinámica Gerencial, falta de soportes en la factura sin cumplimiento de requisitos normativos según los anexos 1,2 y 3 de la Resolución 2284 del 2023 y falta de adherencia a los procesos y procedimientos institucionales."
5. "Posibilidad de afectación reputacional y /o económica por pérdida o fuga de usuarios durante su estadía, debido a falta de adherencia a procedimientos, fallas en la identificación de documentos de salida y demora en la reacción tras la activación del código púrpura."
6. "Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones del ente regulador debido a no dar respuesta en términos de Ley, Clasificación inadecuada de PQRSD, falta de adherencia al procedimiento de PQRSD por parte de los colaboradores involucrados directamente en la gestión, emitir respuestas inadecuadas y/o incompletas al peticionario, fallas en la aplicación de los controles definidos para la gestión y no dar gestión o tramite a PQRSD por cualquier causa."

Se recuerda que ante la materialización de los riesgos se deben gestionar los cambios frente a probabilidad, causas y controles de manera sincrónica en ALMERA para dar continuidad a la gestión, al igual que la documentación del plan de mejoramiento correspondiente como actividad adicional para la gestión; Se recuerda que la gestión de riesgos es dinámica por lo que siempre pueden presentarse cambios permanentes, mismos que serán presentados en cada comité de riesgos. todo esto hace parte de la filosofía de riesgos ya que es una actividad que puede sufrir los cambios pertinentes.

Al no existir dudas, preguntas, ni acotaciones por parte de los participantes de manera presencial ni virtual se da por terminado el comité recordando que desde planeación se enviarán por correo el Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP con el link donde se encuentra su

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	
	GESTION INTEGRAL DE LA SAMARITANA	
	ACTA DE REUNIÓN	
	05GIC38-V3	
	05GIC92	

publicación y el del mapa de riesgos SICOF en la pagina web para que puedan realizar la socialización al interior de sus procesos o grupos primarios como parte de la gestión del eje de Riesgos en el HUS.

Siendo las 11:10 am. tratados todos los temas, aclaradas las dudas y solicitudes se da por terminado el Comité de Gestión Integral de Riesgos con la definición de compromisos y responsables.

Se anexa listado de asistencia

OMPROMISOS ADQUIRIDOS DURANTE LA REUNIÓN.			
Incluir los compromisos en el Plan de Mejora Único por Procesos según el Proceso que le aplica			
#	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	Ajustar el formato de riesgos de SICOF (corrupción) y el PTEP 2025 para la firma de aprobación del gerente para su publicación en web.	Jefe Oficina asesora de Planeación y Calidad	31 enero 2025
2	Publicar en página web del mapa de riesgos SICOF el PTEP 2025	Subdirector de sistemas	31 enero 2025
3	Envío de correo con el link de publicación de riesgos SICOF y PTEP 2025 a los líderes de proceso y subdirectores para su conocimiento.	Jefe Oficina asesora de Planeación y Calidad	3 febrero 2025
4	Documentar y ejecutar en ALMERA el Plan de mejoramiento correspondiente a los Riesgos materializados en el 2024 y que es conocido por cada líder responsable	Líderes de Proceso (riesgo materializado)	15 de febrero 2025

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA REUNIÓN.					
Califique de 1 a 5 la evaluación de la efectividad de la reunión, teniendo en cuenta la votación de los participantes y el cumplimiento de los siguientes criterios: objetivos, cobertura de los temas propuestos, organización y cumplimiento de horarios.					
CALIFICACIÓN DE LA REUNIÓN: Marcar con "X" el recuadro					OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS
1	2	3	4	5X	

FIRMA DE LOS ASISTENTES A LA REUNIÓN			
#	NOMBRE COMPLETO	CARGO Y/O ACTIVIDAD	FIRMA
1	Ana Carolina serna	Coordinadora UFZ	Virtual
2	Yetica Hernández Ariza	Jefe Oficina de Control Interno	Virtual
3	Ángela Daniela Pastrana	Profesional de Riesgos Zipaquirá	Virtual



05GIC92-V1

ACTIVIDAD: COMITE DE GESTION INTEGRAL DE CALIDAD
 LUGAR: SALA DE JUNTAS
 FECHA: 28 06 2025

NOMBRE	DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	PROCESO	FIRMA
Martha C. Arias Rabillo	65701374	Enfermera	GSP - PyD - IAMI	M. Arias P.
Ruth Margoth Rojas R.	35.407.636	Coordinadora Lab. Clinico	G.A.D	Ruth Rojas
Carlos Horney Jimenez Bala	13872903	Psiquiatra	ESOA	Carlos Bala
Alexandra Bejarano S.	52321928	Dir. Gerencia Ext	E. Ambulatoria	Alexandra S.
Ganile Andrey Jacobel	52.656.207	Coordinadora	Finanzas de	Ganile Jacobel
Janet Cristina Gil Zapata	60332281	Directora Operaciones	Finanzas	Janet Gil
Yertha Juana Gonzalez M.	32968282	Dir. Despliegue Humano	Talento Humano	Yertha M.
Luiz Davy Ruiz	51561595	Dir. de Personal	Talento Humano	Luiz Ruiz
Luis F. Garza P.	19413481	Director	Directoria	Luis F. Garza
Marcelo Lopez Torquero	19410186	Educación Médica	E. M. Gestión Comunitaria	Marcelo Lopez
Edany Garzon Avila	20750565	Sup. Mercado	Inteligencia Mercados	Edany Avila
Luz A. Olaya	103067676	Dir. Sistemas	Gen. Informacion	Luz A. Olaya
Justina Escobar Guevara	7945805	Dir. Ejec. C.E. M. H. C.	GESTION ESTRATEGICA	Justina Guevara
Edger Rodriguez Benardo	80377665	Jefe Oficina Jurídica	Jurídica	Edger Benardo
William Eduardo Gomez	19512.885	Prof. Universitario	Investigación	William Gomez
Claudia Milena Reyes A.	65719.750	Prof. ESP.	Gestión Estratégica	Claudia Reyes
Leonor de la Cruz	13919339	Jefe Oficina Asesoría	Planificación	Leonor de la Cruz
Lucía Alejandra Rodríguez	52077451	Lider Proceso	Planificación	Lucía Rodríguez
Nelson Garza Pardo	51696.446	Director de Asesoría	Gestión del Hospital	Nelson Garza
Edson J. Lino Sadrino	101017767	Farmacéutico	Medicamentos - Hospital	Edson Sadrino
María Alejandra Jiménez	52109222	Prof. Gerencia Clínica	ASC - Farmacia	María Jiménez
			Planificación	