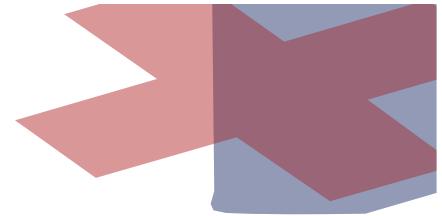




Hospital Local
Cartagena de Indias



ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

OFICINA DE CONTROL INTERNO

**INFORME DE AUDITORIA AL CUMPLIMIENTO DE LAS ETAPAS Y
ELEMENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO
DE ACTIVOS, FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (SARLAFT) Y SICOF**

**VERONICA GUTIERREZ DE PIÑERES
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

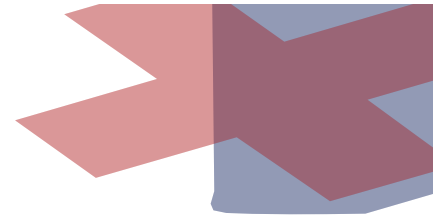
Cartagena de Indias, DT y C diciembre de 2025.

Sede Administrativa: Pie de la popa, Calle 33 #22-54 **Tel:** (5) 65058

Sitio web: www.esecartagenadeindias.gov.co
Cartagena de Indias

@ESECartagena  ESE Hospital Local





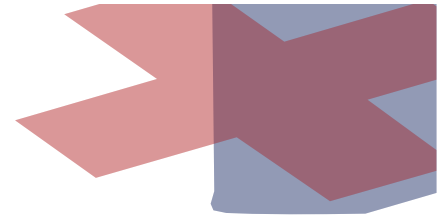
CONTENIDO

PRESENTACIÓN	3
OBJETIVO	4
ALCANCE	4
NORMATIVIDAD	5
METODOLOGIA.....	5
RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A LOS SUBSISTEMAS SARLAFT – SICOF.....	6
Ruta de denuncias	6
Consulta de procesos en las listas restrictivas de proveedores y contratistas.....	8
ENVIO DE REPORTES A LA UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS FINANCIERO – UIAF.....	8
EVALUACIÓN DE RIESGOS.....	11
Evaluación del sistema integrado de gestión de riesgo y subsistemas - batería de indicadores SICOF vigencia 2023.....	12
Seguimiento al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF Vigencia 2024	13
Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LAFT/FPADM vigencia 2024	15
Seguimiento al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF – Junio 2025	16
Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LAFT/FPADM junio de 2025	18
RECOMENDACIONES	19
CONCLUSIONES	20

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF 2022	9
Tabla 2. Reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF 2023	10
Tabla 3. Reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF 2024	10
Tabla 4. Reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF 2025	11
Tabla 5. Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF Vigencia 2024	13
Tabla 6. Riesgos de SARLAFT Vigencia 2024.....	15
Tabla 7. Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF - Junio 2025.....	16
Tabla 8. Riesgos de SARLAFT - Junio 2025.....	18





PRESENTACIÓN

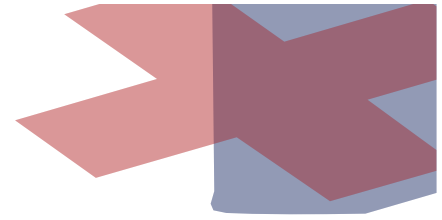
La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Local de Cartagena de Indias, en cumplimiento de las funciones que le asigna el artículo 9 de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017 —relativas a la planificación, dirección y organización de las actividades de verificación y evaluación del Sistema de Control Interno— presenta el informe resultante de la evaluación del cumplimiento de las etapas y elementos que conforman el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y el Sistema de Prevención de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

Esta evaluación se desarrolla atendiendo lo dispuesto en la Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, específicamente en su numeral 6.4 – Auditoría interna, o quien ejecute funciones similares, o haga sus veces, que establece:

“Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, esta debe evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, debe informar los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva. La Auditoría Interna debe realizar una revisión periódica de los procesos relacionados con las parametrizaciones de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico”.

En observancia de este marco normativo, la Oficina de Control Interno del Hospital Local de Cartagena de Indias efectuó el proceso de verificación correspondiente, con el propósito de determinar el nivel de cumplimiento, efectividad, avances y brechas existentes en la implementación del SARLAFT y del SICOF, de acuerdo con los lineamientos emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud, las políticas institucionales y las disposiciones legales vigentes que rigen a las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

El presente informe recoge los hallazgos, conclusiones y recomendaciones encaminadas a fortalecer la gestión del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo, corrupción, opacidad y fraude dentro de la entidad, apoyando la mejora continua del Sistema Institucional de Control Interno y garantizando la transparencia en la administración de los recursos públicos del sector salud.



OBJETIVO

Verificar y evaluar el grado de cumplimiento, la eficacia y la efectividad del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) implementados en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, con el propósito de identificar posibles deficiencias, brechas de control y oportunidades de mejora que permitan fortalecer la gestión institucional frente a los riesgos asociados al lavado de activos, la financiación del terrorismo, la corrupción, la opacidad y el fraude, conforme a la normatividad aplicable del sector salud y a las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

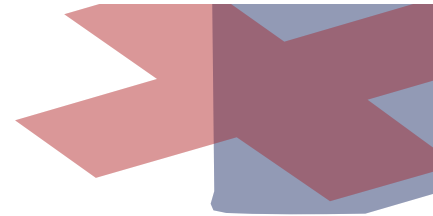
ALCANCE

El presente ejercicio de auditoría interna comprende la verificación, revisión y evaluación de la documentación, procedimientos y evidencias generadas por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias en cumplimiento de las instrucciones impartidas mediante la Circular Externa 5-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la cual se establecen lineamientos específicos para el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) y se modifican las Circulares Externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

Asimismo, el alcance incluye la evaluación del grado de avance en la implementación y funcionamiento del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), así como la verificación del estado y oportunidad de los reportes obligatorios ante la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), de acuerdo con la regulación vigente para las entidades del sector salud vigiladas por la Supersalud.

La auditoría se centra en las operaciones, actividades, registros y documentación generada por la entidad durante los periodos 2022, 2023, 2024 y lo corrido del 2025 incluye la revisión de la estructura y avance del SICOF institucional. Se toman como criterios de auditoría la normativa externa e interna que regula la gestión del riesgo en la ESE, especialmente lo establecido en las Circulares Externas 009, 4-5 y 5-5 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Durante el desarrollo del proceso auditor se aplicaron las técnicas propias de la auditoría interna, tales como: observación directa, indagación con los responsables de los procesos, inspección, análisis crítico, y revisión documental selectiva de evidencias y registros relevantes, con el fin de obtener elementos objetivos que permitan determinar la razonabilidad y suficiencia de los controles implementados por la institución.



NORMATIVIDAD

Circular Externa 000009 de 2016 (abril 21) "Por la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavados de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT)", de la Superintendencia Nacional de Salud.

Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 (septiembre 17) "Instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) y modificaciones a las Circulares Externas 018 de 2015, 000009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018" de la Superintendencia Nacional de Salud.

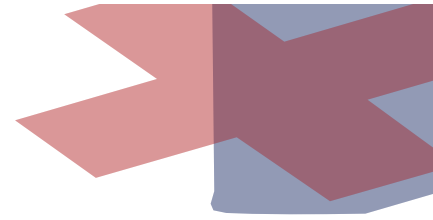
Circular externa 20211700000004-5 DE 2021 (septiembre 15) "Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos".

METODOLOGIA

Tomando como fundamento jurídico lo dispuesto por la Superintendencia Nacional de Salud a través de la Circular Externa 000009 del 21 de abril de 2016, así como las Circulares Externas 20211700000005-5 y 20211700000004-5 del 17 de septiembre de 2021, mediante las cuales se establecen los lineamientos para la creación, implementación, desarrollo y fortalecimiento de los Subsistemas de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT) y del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias ha avanzado en la puesta en marcha, actualización y adecuación de dichos subsistemas, en cumplimiento de las obligaciones regulatorias impartidas por la autoridad de vigilancia y control.

La Oficina de Control Interno de la E.S.E., en ejercicio de las facultades conferidas por la Ley 87 de 1993, la Ley 1474 de 2011 y sus decretos reglamentarios, orientados a fortalecer la prevención, investigación y sanción de actos de corrupción, así como a promover la efectividad del Sistema de Control Interno en las entidades públicas, realizó el seguimiento y verificación del estado de avance en la implementación del SARLAFT y el SICOF durante el segundo semestre de la vigencia 2024. Este ejercicio auditor permitió identificar el grado de cumplimiento de la normatividad y la eficacia de las acciones emprendidas por la entidad.

La E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias, en concordancia con las directrices de la Superintendencia Nacional de Salud, adelantó el proceso de actualización del Subsistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT), así como del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), con el propósito de garantizar la integridad, transparencia y seguridad en los procesos misionales, de apoyo y estratégicos de la institución.



En el proceso de elaboración del presente informe, se verificaron de primera mano las evidencias, soportes y registros de las acciones desarrolladas por el Oficial de Cumplimiento SARLAFT y el Oficial de Cumplimiento SICOF. Asimismo, se llevaron a cabo procedimientos de contrastación con la información publicada en la página web institucional y en la Intranet corporativa, constatándose el cumplimiento de los requerimientos de divulgación pública establecidos en la normativa y el avance significativo en la implementación de ambos subsistemas en la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A LOS SUBSISTEMAS SARLAFT – SICOF

Ruta de denuncias

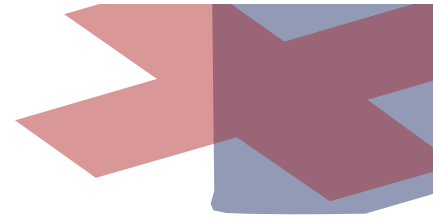
En cumplimiento de la normatividad vigente y de las directrices establecidas en materia de transparencia, integridad y lucha contra la corrupción, se llevó a cabo la verificación del procedimiento interno relacionado con los conflictos de interés y las recusaciones, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.

Durante la revisión, se constató que en la página web institucional de la ESE Cartagena de Indias se encuentra habilitado el acceso al procedimiento correspondiente, disponible para consulta pública a través del siguiente enlace:

🔗 <https://esecartagenadeindias.gov.co/denunciascorrupcion/>

Adicionalmente, se efectuó la validación del correcto funcionamiento del formulario en línea dispuesto para el reporte de presuntos actos de corrupción. Dicho formulario permitió verificar su operatividad, accesibilidad y el adecuado direccionamiento de la información hacia las dependencias competentes, garantizando así la recepción efectiva de las denuncias ciudadanas.





De igual manera, se corroboró que el sitio web dispone de un módulo habilitado para la consulta y seguimiento de las denuncias interpuestas, lo que contribuye a fortalecer los mecanismos de control interno, la trazabilidad de los procesos y la confianza de los usuarios en la gestión institucional.



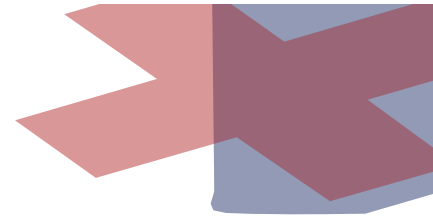
Los mecanismos digitales establecidos por la entidad para la atención de recusaciones, conflictos de interés y denuncias por actos de corrupción se encuentran implementados y en funcionamiento, cumpliendo con los requerimientos de la normatividad vigente y las políticas de transparencia institucional.

La recepción de denuncias será analizada por los oficiales de cumplimiento SARLAFT y SICOF de acuerdo con su tipología y enfoque, La plataforma tiene un módulo de ayuda, el cual permite a la persona de manera transparente, visualizar un instructivo de cómo realizar la denuncia y consultar su respuesta.

Documentos de referencia

Consulta y descarga los lineamientos y formatos asociados al canal de denuncias y conflictos de intereses.

- [Procedimiento para el monitoreo y seguimiento de las declaraciones de conflicto de intereses de la ESE HLCI](#)
- [Formulario para el reporte y declaración de conflicto de intereses](#)
- [Instructivo para radicar denuncias de conflictos de intereses](#)
- [Guía para la gestión preventiva de conflicto de intereses](#)



Consulta de procesos en las listas restrictivas de proveedores y contratistas

Durante las vigencias 2022, 2023, 2024 y lo corrido de 2025, la entidad adelantó procesos continuos de verificación, control y formación institucional relacionados con la implementación y seguimiento del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM). En cada uno de estos periodos, el área de contratación remitió los soportes correspondientes a las consultas efectuadas en las listas básicas restrictivas, incluyendo bases como la OFAC y otras fuentes nacionales e internacionales de verificación. En todos los casos, los resultados obtenidos fueron negativos, lo que confirma que no se identificaron personas naturales o jurídicas vinculadas con actividades ilícitas o incluidas en registros que generaran riesgo legal o reputacional para la ESE.

De manera complementaria, Durante las vigencias 2022, 2023, 2024 y lo corrido de 2025 se recibieron los documentos asociados al proceso de conocimiento de contrapartes, entre ellos los Certificados de Responsabilidad Fiscal emitidos por la Contraloría General de la República, los antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y los antecedentes judiciales y fiscales expedidos por la Policía Nacional. Esta documentación permitió fortalecer de forma sostenida los procedimientos de validación previos a la celebración de contratos y convenios, contribuyendo a la mitigación del riesgo institucional.

Paralelamente, se efectuó el monitoreo periódico de las cuentas de la entidad, con el fin de identificar operaciones inusuales o consignaciones en efectivo realizadas por terceros. En ninguna de las vigencias analizadas se generaron alertas que indicaran movimientos sospechosos o que ameritaran una investigación o análisis adicional por parte del área de riesgo.

Finalmente, se desarrollaron jornadas de capacitación virtual dirigidas a funcionarios y contratistas, orientadas a fortalecer la comprensión, sensibilización y apropiación del SARLAFT/FPADM y de los lineamientos normativos vigentes en materia de prevención del lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas. Estas actividades contribuyeron a consolidar una cultura institucional basada en la gestión adecuada del riesgo y en el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa aplicable.

ENVIO DE REPORTES A LA UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS FINANCIERO – UIAF.

Durante la vigencia 2022, Se realizaron los respectivos reportes mensuales a la UIAF, por el oficial de cumplimiento de SARLAFT y en cumplimiento a la Circular Externa 00009 del 21 de abril de 2016 y la Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021, como se evidencia a continuación:

- Reporte de Objetivo de procedimientos.
- Reporte de Objetivo de Proveedores.

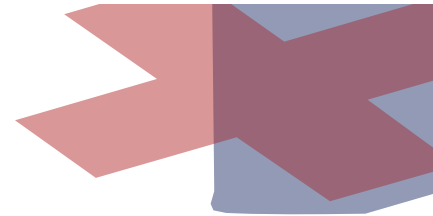
Sede Administrativa: Pie de la popa, Calle 33 #22-54 Tel: (5) 65058

Sitio web: www.esecartagenadeindias.gov.co @ESECartagena

Cartagena de Indias



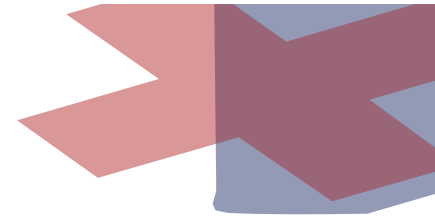
 ESE Hospital Local



- Reporte Operaciones Sospechosas.

Tabla 1. Reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF 2022

REPORTES 2022	PERIODOS DE REPORTE	Nº RADICACION	TIPO DE REPORTE
Reporte de Objetivo de procedimientos.	ENERO - 2022	1915096	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		1915105	
Reporte Operaciones Sospechosas.		1915108	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	FEBRERO - 2022	1928128	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		1928134	
Reporte Operaciones Sospechosas.		1928135	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	MARZO - 2022	1950127	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		1950130	
Reporte Operaciones Sospechosas.		1950135	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	ABRIL - 2022	1974074	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		1974078	
Reporte Operaciones Sospechosas.		1974083	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	MAYO - 2022	1986228	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		1986232	
Reporte Operaciones Sospechosas.		1986234	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	JUNIO - 2022	2007611	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		2007618	
Reporte Operaciones Sospechosas.		2007626	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	JULIO - 2022	2036575	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		2036582	
Reporte Operaciones Sospechosas.		2036585	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	AGOSTO - 2022	2051211	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		2051218	
Reporte Operaciones Sospechosas.		1382572	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	SEPTIEMBRE - 2022	2072758	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		2072769	
Reporte Operaciones Sospechosas.		2072778	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	OCTUBRE - 2022	2099758	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		2099759	
Reporte Operaciones Sospechosas.		2099762	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	NOVIEMBRE - 2022	2114682	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		2114685	
Reporte Operaciones Sospechosas.		2114689	
Reporte de Objetivo de procedimientos.	DICIEMBRE - 2022	2140926	NEGATIVO
Reporte de Objetivo de Proveedores.		2140986	
Reporte Operaciones Sospechosas.		2141003	



Durante lo corrido de la vigencia 2023, se realizaron los respectivos reportes mensuales a la UIAF, por el oficial de cumplimiento de SARLAFT y en cumplimiento a la Circular Externa 00009 del 21 de abril de 2016 y la Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021, como se evidencia a continuación:

- Reporte de Objetivo de procedimientos.
- Reporte de Objetivo de Proveedores.
- Reporte Operaciones Sospechosas.

Tabla 2. Reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF 2023

Periodo 2023	Reporte de Operaciones Sospechosas No. Radicación	Reporte de Procedimientos No. Radicación	Reporte de Proveedores No. Radicación	TIPO DE REPORTE
ENERO	2165729	2165731	2165732	NEGATIVO
FEBRERO	2182657	2182664	2182666	NEGATIVO
MARZO	2210249	2210234	2210242	NEGATIVO
ABRIL	2241147	2241149	2241154	NEGATIVO
MAYO	2258889	2258893	2258897	NEGATIVO
JUNIO	2293423	2293947	2293950	NEGATIVO
JULIO	2331316	2331320	2331321	NEGATIVO
AGOSTO	2347762	2347764	2347765	NEGATIVO
SEPTIEMBRE	2371078	2371081	2371087	NEGATIVO
OCTUBRE	2403969	2403964	2403967	NEGATIVO
NOVIEMBRE	2426195	2426192	2426194	NEGATIVO
DICIEMBRE	2452995	2452999	2453001	NEGATIVO

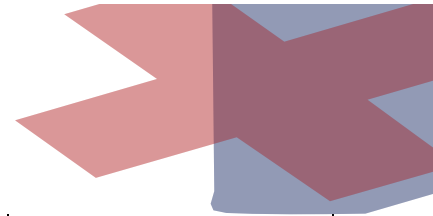
Durante lo corrido de la vigencia 2024, se realizaron los respectivos reportes mensuales a la UIAF, por el oficial de cumplimiento de SARLAFT y en cumplimiento a la Circular Externa 00009 del 21 de abril de 2016 y la Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021, como se evidencia a continuación:

- Reporte de Objetivo de procedimientos.
- Reporte de Objetivo de Proveedores.
- Reporte Operaciones Sospechosas.

Tabla 3. Reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF 2024

Periodo 2024	Reporte de Operaciones Sospechosas No. Radicación	Reporte de Procedimientos No. Radicación	Reporte de Proveedores No. Radicación	TIPO DE REPORTE
ENERO	2490931	2490933	2490935	NEGATIVO
FEBRERO	2510590	2510592	2510595	NEGATIVO
MARZO	2542431	2542442	2542450	NEGATIVO
ABRIL	2567256	2567251	2567254	NEGATIVO
MAYO	2586500	2586503	2586507	NEGATIVO
JUNIO	2624293	2624304	2624308	NEGATIVO





JULIO	2654053	2654045	2654050	NEGATIVO
AGOSTO	2673714	2673708	2673712	NEGATIVO
SEPTIEMBRE	2710444	2710462	2710444	NEGATIVO
OCTUBRE	2735926	2735932	2735934	NEGATIVO
NOVIEMBRE	2766411	2766407	2766410	NEGATIVO
DICIEMBRE	2797546	2797538	2797541	NEGATIVO

Durante lo corrido de la vigencia 2025, se realizaron los respectivos reportes mensuales a la UIAF, por el oficial de cumplimiento de SARLAFT y en cumplimiento a la Circular Externa 00009 del 21 de abril de 2016 y la Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021, como se evidencia a continuación:

- Reporte de Objetivo de procedimientos.
- Reporte de Objetivo de Proveedores.
- Reporte Operaciones Sospechosas.

Tabla 4. Reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF 2025

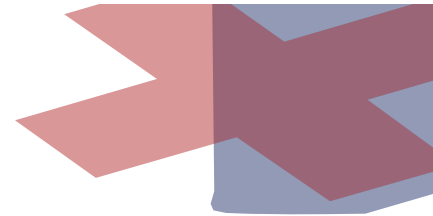
Periodo 2025	Reporte de Operaciones Sospechosas No. Radicación	Reporte de Procedimientos No. Radicación	Reporte de Proveedores No. Radicación	TIPO DE REPORTE
ENERO	2831558	2831555	2831557	NEGATIVO
FEBRERO	2853037	2853024	2853033	NEGATIVO
MARZO	2888889	2888893	2888896	NEGATIVO
ABRIL	2915574	2915565	2915568	NEGATIVO
MAYO	2937321	2937323	2937327	NEGATIVO
JUNIO	2293423	2293947	2293950	NEGATIVO
JULIO	3005280	3005284	3005288	NEGATIVO
AGOSTO	3029416	3029417	3029418	NEGATIVO
SEPTIEMBRE	3064788	3064794	3064801	NEGATIVO
OCTUBRE	3091620	3091626	3091629	NEGATIVO

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Durante la vigencia 2022, la estimación del riesgo se encontró en un nivel bajo, del mismo modo, se presentaron variaciones en las categorías de identificación de los riesgos asociados en la política, como son:

- Riesgo de Contagio.
- Riesgo Legal.
- Riesgo Operativo.
- Riesgo Reputacional.
- Riesgo Inherente.

Para la vigencia 2022, la ESE HLCl, realizó los procesos y controles pertinentes a cada uno de los cliente, proveedores y empleados, con el fin de dar cumplimiento a las circulares externas emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.



Evaluación del sistema integrado de gestión de riesgo y subsistemas - batería de indicadores SICOF vigencia 2023

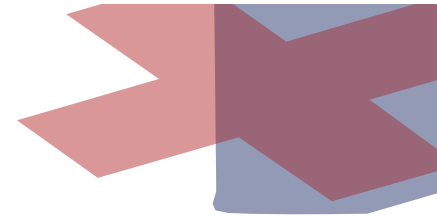
El seguimiento realizado a la Batería de Indicadores del Sistema Integrado de Gestión de Riesgo y Subsistemas (SICOF) correspondiente a la vigencia 2023 de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias. Su propósito central es evaluar el grado de cumplimiento de los controles establecidos para la prevención, administración y mitigación de los riesgos de corrupción al interior de la institución, en concordancia con los lineamientos definidos en la política pública de integridad y transparencia. La Oficina de Control Interno revisó la ejecución de los indicadores reportados por

las diferentes áreas, verificando su periodicidad, línea base, fórmula de cálculo y nivel de avance al finalizar el periodo.

El objetivo general de la política evaluada se orienta a gestionar, administrar, controlar y eliminar los riesgos de corrupción que puedan presentarse en los procesos institucionales. Para ello se estableció una batería de veintisiete (27) indicadores asociados a actividades de verificación, revisión documental, seguimiento operativo, control financiero, cumplimiento contractual, gestión de inventarios, seguridad informática y procesos jurídicos. La meta definida para todos los indicadores en el año 2023 fue del 100%, partiendo de una línea base inicial del 0%, lo que permite medir la efectividad del sistema de control en cada área responsable.

Los resultados evidencian que todas las dependencias cumplieron con los indicadores asignados, alcanzando el 100% de ejecución durante la vigencia evaluada. En el caso de la Coordinación de Talento Humano, se verificó el cumplimiento en la revisión de títulos y RETHUS, la consulta de información en el SIGEP, la comprobación de requisitos legales, la socialización del código de integridad, la actualización de perfiles de cargos y la realización de procesos de vinculación ajustados a los perfiles prediseñados. Cada una de estas actividades fue ejecutada mensualmente con los soportes correspondientes, asegurando transparencia y coherencia en la administración del recurso humano.

De igual manera, la Coordinación de Contratación cumplió con la revisión de la información aportada por los contratistas y la verificación de criterios objetivos para la celebración de contratos, garantizando que los procesos se ajustaran a los parámetros legales y técnicos previamente establecidos. Las áreas Financiera y Gerencia también alcanzaron el 100% en sus indicadores, relacionados con la adecuada recepción de facturas, su ordenamiento cronológico y la priorización de pagos, lo que contribuyó al fortalecimiento del control financiero institucional. Por su parte, Gerencia y Subgerencia Administrativa demostraron cumplimiento permanente en la aplicación de listas de chequeo para la recepción de facturas, la publicación de procesos contractuales en la página web y la verificación del Plan Anual de Adquisiciones.



Otras áreas como Facturación, Cuentas Médicas y Mercadeo evidenciaron cumplimiento total en la revisión de casos de copagos, la verificación de glosas antes de conciliación y la realización de reuniones con EPS para la negociación de tarifas, asegurando una adecuada gestión financiera y comercial. Asimismo, el área de Sistemas cumplió con el seguimiento semanal al Firewall y a las políticas de seguridad, resguardando la integridad de la información institucional. La Oficina Jurídica también alcanzó el 100% al presentar oportunamente sus informes mensuales, verificar antecedentes disciplinarios del personal de defensa judicial y reportar los títulos cobrados.

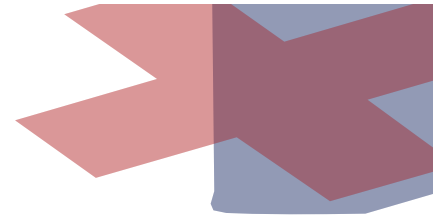
Finalmente, las áreas de Mantenimiento, Subgerencia Administrativa, Recursos Físicos y Servicio Farmacéutico lograron ejecutar completamente los indicadores relacionados con el seguimiento a cortes de energía, al cumplimiento de contratos, a los movimientos y actualización de inventarios, a la aplicación de listas de chequeo de medicamentos y a la realización de visitas aleatorias para la verificación física de los inventarios institucionales.

En términos generales, el cumplimiento del 100% en los 27 indicadores evidencia un adecuado funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y de los mecanismos de control implementados. No se presentan desviaciones frente a las metas programadas, lo que demuestra un compromiso institucional con la prevención del riesgo de corrupción. No obstante, se recomienda continuar fortaleciendo la cultura de transparencia, revisar periódicamente la efectividad de los controles aplicados y documentar oportunidades de mejora que permitan sostener estos resultados en el tiempo.

Seguimiento al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF Vigencia 2024

Tabla 5. Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF Vigencia 2024

Área	Riesgos	No. de riesgos por clasificación			
		Extremo	Alto	Moderado	Bajo
Talento Humano	3	3	0	0	0
Financiera	2	0	2	0	0
Contratación	2	0	0	1	1
Facturación	1	0	1	0	0
Cuentas médicas	1	1	0	0	0
Mercadeo	1	1	0	0	0
Seguridad digital	1	0	1	0	0
Jurídica	2	2	0	0	0
Apoyo logístico	3	1	2	0	0
Gestión misional	3	1	1	1	0
TOTAL	19	9	7	2	1



Durante la vigencia analizada, se identificaron un total de 19 riesgos asociados a Corrupción, Opacidad y Fraude (COF) distribuidos entre las diferentes áreas de la entidad. Estos riesgos se clasificaron en niveles extremo, alto, moderado y bajo,

observándose que nueve correspondieron a nivel extremo, siete a nivel alto, dos a nivel moderado y uno a nivel bajo. Las áreas de Talento Humano, Financiera, Contratación, Facturación, Cuentas Médicas, Mercadeo, Seguridad Digital, Jurídica, Apoyo Logístico y Gestión Misional presentaron al menos un riesgo COF, con distinto grado de criticidad.

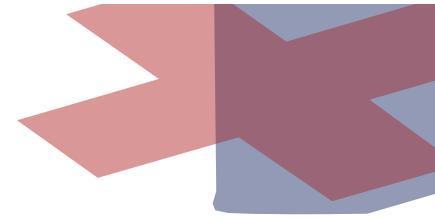
En el área de Talento Humano se registraron tres riesgos COF, todos con un avance del 100% en la implementación de controles a diciembre de 2024. La entidad realizó 89 verificaciones de documentos como RETHUS y títulos académicos para validar la información aportada por el personal vinculado. Asimismo, se revisaron cinco hojas de vida en la plataforma SIGEP y se verificaron los requisitos de contratación del tercer cuatrimestre de 2024. De igual manera, se suscribieron y verificaron 550 contratos, y se realizaron seis socializaciones del Código de Integridad dentro de las sesiones de inducción. Frente al riesgo de tramitar vinculaciones a favor de terceros, se evidenció que no se levantaron perfiles durante la vigencia, manteniéndose un avance del 100%.

En el área Financiera se identificaron dos riesgos, ambos con un avance del 100% en los controles. Se evidenció un registro adecuado de las cuentas de cobro recibidas y se verificó que los pagos a contratistas cumplieran con los requisitos legales exigidos. En cuanto al área de Contratación, también con dos riesgos COF, se constató la publicación de los procesos en SECOP II y el cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones. Asimismo, se revisaron 549 invitaciones y un pliego de condiciones, confirmando que los contratos cumplieran con los requisitos previos establecidos.

El área de Facturación presentó un riesgo relacionado con la posible sustracción de recursos pagados por particulares. Se observó un control del 100% mediante revisiones de los descuentos aplicados por las jefaturas de servicio. Por su parte, en Cuentas Médicas se identificó un riesgo vinculado al recibimiento de dádivas durante la negociación de glosas, evidenciándose un avance del 100% con la conciliación de 4.335 facturas por evento y 33 por cápita.

En el área de Mercadeo se identificó un riesgo asociado a la manipulación de topes de negociación, cuya mitigación presentó un avance del 100% gracias a la participación en reuniones de seguimiento y actualización de convenios. En Seguridad Digital, el riesgo de acceso no autorizado a los activos informáticos registró un avance total, sustentado en seguimientos periódicos realizados por el área.

El área Jurídica reportó dos riesgos con control del 100%. Se efectuaron seguimientos periódicos, con 12 informes presentados, y se verificaron antecedentes de los funcionarios vinculados. También se confirmó la presentación



mensual de informes relacionados con recursos derivados de procesos judiciales. En Apoyo Logístico se evidenciaron tres riesgos, todos con un avance del 100%, sustentado en el seguimiento permanente a la ejecución contractual, la

verificación técnica de insumos mediante listas de chequeo y el control total de requisiciones y despachos de bodega.

Finalmente, el área de Gestión Misional presentó tres riesgos. Dos de ellos alcanzaron un 100% de avance: la pérdida de medicamentos y dispositivos médicos, y la venta de biológicos a población no objeto del programa. No obstante, el riesgo de compra de medicamentos no descritos en protocolos solo presentó un 50% de avance, debido a la falta de elaboración de consumos y a que no se realizaron actualizaciones del Manual del Servicio Farmacéutico durante el periodo evaluado.

El análisis evidenció un alto nivel de implementación de controles en la mayoría de los riesgos COF identificados, lo que reflejó un fortalecimiento de los mecanismos institucionales para la mitigación de actos de corrupción, opacidad y fraude hacia el cierre del año 2024.

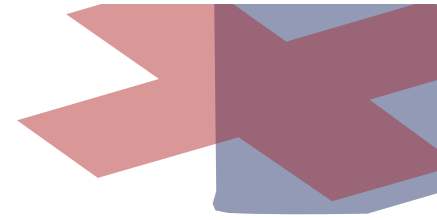
Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LAFT/FPADM vigencia 2024

Tabla 6. Riesgos de SARLAFT Vigencia 2024

Área	Riesgos	No. de riesgos por clasificación			
		Extremo	Alto	Moderado	Bajo
Contratación	1	0	1	0	0
Talento Humano	1	0	1	0	0
TOTAL	2	0	2	0	0

Durante la evaluación del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LAFT/FPADM), se identificaron en total dos riesgos asociados a este componente. Estos riesgos se encontraban distribuidos en las áreas de Contratación y Talento Humano, cada una con un riesgo clasificado en el nivel alto. No se evidenciaron riesgos en las categorías extremo, moderado o bajo. Esta distribución permitió determinar que las amenazas relacionadas con LAFT/FPADM se concentraban específicamente en los procesos de ingreso de contratistas y personal.

En el área de Contratación se identificó un riesgo asociado a la probabilidad de celebrar contratos con personas naturales o jurídicas que pudieran estar reportadas por actividades ilícitas, debido a la ausencia de consultas en las listas vinculantes y/o restrictivas, como la OFAC. Para este riesgo, la entidad alcanzó un avance del 100 % en la implementación de los controles establecidos. Se evidenció que el área realizó un seguimiento permanente a los procesos de contratación,



incluyendo la verificación en listas restrictivas antes de formalizar cualquier contratación. Como resultado de este control, se efectuaron 601 consultas a corte de diciembre de 2024.

De igual manera, se determinó la existencia de un riesgo LAFT/FPADM en el área de Talento Humano, relacionado con la posibilidad de vincular personas naturales que se encontraran reportadas por actividades ilícitas, derivado también de la falta de verificación previa en las listas vinculantes y/o restrictivas. Frente a este riesgo, el

área logró igualmente un avance del 100 % en la implementación del control correspondiente. Se estableció que Talento Humano realizó la verificación sistemática de los aspirantes antes de su vinculación a la planta de personal, lo que incluyó la consulta en listas restrictivas para garantizar la transparencia y legalidad del proceso. En total, se realizaron 8 consultas durante la vigencia analizada.

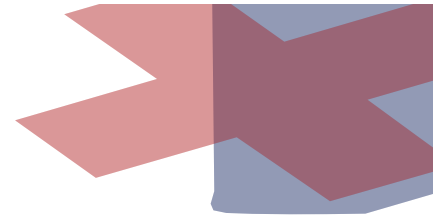
El análisis evidenció que aunque los riesgos identificados se ubicaron en una clasificación alta, la entidad implementó de manera efectiva los controles definidos, logrando coberturas completas en ambos procesos críticos. Este cumplimiento reflejó un fortalecimiento en la prevención y mitigación de riesgos asociados al LAFT/FPADM en las áreas evaluadas.

Seguimiento al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF – Junio 2025

Tabla 7. Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF - Junio 2025

Área	Riesgos	No. de riesgos por clasificación		
		Extremo	Alto	Moderado
Talento Humano	3	3	0	0
Financiera	2	0	2	0
Contratación	2	0	0	2
Facturación	1	0	1	0
Cuentas médicas	1	0	1	0
Mercadeo	1	1	0	0
Seguridad digital	1	0	1	0
Jurídica	2	0	2	0
Apoyo logístico	3	3	0	0
Gestión misional	3	2	1	0
Control Disciplinario	4	0	3	1
TOTAL	23	9	11	3

El análisis del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (COF) mostró que, para el período evaluado, se habían identificado 23 riesgos distribuidos en diferentes áreas de la entidad. Estos riesgos se clasificaron en niveles de criticidad extremo, alto y moderado, evidenciándose 9 riesgos catalogados como extremos, 11 como altos y 3 como moderados. La distribución por áreas permitió observar que Talento Humano y Apoyo Logístico concentraban el mayor número de riesgos, mientras que Facturación, Cuentas Médicas, Mercadeo y Seguridad Digital presentaban



uno cada una. El seguimiento realizado a abril de 2025 permitió evaluar los avances en la implementación de los controles definidos para cada riesgo.

En el área de Talento Humano se identificaron tres riesgos COF, cada uno con un avance del 33%. Las acciones realizadas incluyeron la verificación de registros en RETHUS, la revisión de títulos y certificaciones, la consulta de hojas de vida en SIGEP, la verificación de requisitos y la socialización del Código de Integridad. Asimismo, se evaluaron los procesos de vinculación y contratación para garantizar el cumplimiento de los perfiles y criterios establecidos, registrándose 451 contratos

revisados en uno de los riesgos y 86 en otro. No se requirió el levantamiento de nuevos perfiles durante el período analizado.

En el área Financiera se registraron dos riesgos, ambos con un avance del 33%. Las actividades desarrolladas se centraron en la organización cronológica de las cuentas de cobro recepcionadas y en la verificación de los requisitos de ley mediante listas de chequeo antes de autorizar pagos a contratistas. Se evidenció cumplimiento en los requisitos establecidos para el proceso de facturación y pago.

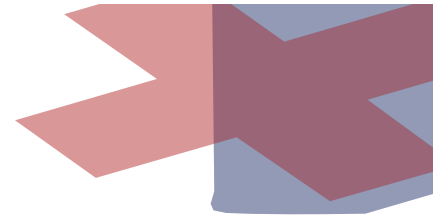
Para el área de Contratación también se identificaron dos riesgos. En este caso, se reflejó un avance del 100% en ambos, debido al cumplimiento de la publicación de procesos en SECOP II, la verificación del Plan Anual de Adquisiciones y la elaboración de estudios de mercado. Se registraron 537 procesos contractuales publicados y únicamente un requerimiento por parte de un ente de control. Además, se revisaron los requisitos de los pliegos de condiciones en todas las invitaciones realizadas.

El área de Facturación presentó un riesgo relacionado con la sustracción de recursos, alcanzando un avance del 25%. Durante el período evaluado se realizaron revisiones a los descuentos aplicados en los copagos, verificándose la pertinencia de dichos ajustes por parte de las jefaturas de servicio.

En el área de Cuentas Médicas también se evidenció un riesgo, con un avance del 25%. Este avance se reflejó en la conciliación de 1.694 facturas por evento y 30 de capitación, verificándose que los valores glosados correspondieran a las causas generadoras de las glosas.

En el área de Mercadeo se evaluó un riesgo con un avance del 25%. Las actividades adelantadas consistieron en la negociación de tarifas con EPS internas, proceso que se desarrolló con la participación de los equipos de Subgerencia Científica, Auditoría y Gerencia. Las reuniones permitieron articular adecuadamente las actualizaciones en las negociaciones.

En el área de Tecnología de la Información – Seguridad Digital se identificó un riesgo de acceso no autorizado, cuyo avance alcanzó el 25%. Se realizaron seguimientos periódicos al firewall y se implementaron políticas de seguridad orientadas a mitigar amenazas y accesos indebidos.



En el área Jurídica se registraron dos riesgos, ambos con un avance del 33%. Se elaboraron cuatro informes mensuales de procesos judiciales y de títulos cobrados, cumpliendo parcialmente con la programación anual. Los seguimientos fueron realizados de manera periódica, con coordinación entre Jurídica y Contabilidad.

En Apoyo Logístico se identificaron tres riesgos. El primero, relacionado con el incumplimiento en la ejecución contractual, alcanzó un avance del 100% gracias al seguimiento permanente efectuado. Los dos riesgos restantes, vinculados a la recepción de elementos y movimientos de inventario sin soporte, presentaron

avances del 25%, sustentados en el uso de listas de verificación y en la supervisión de contratos, así como en el despacho adecuado de requisiciones desde la bodega principal.

En el área de Gestión Misional se evaluaron tres riesgos. El primero, sobre pérdida de medicamentos y dispositivos, registró un avance del 25%, evidenciado en la actualización del inventario y la realización de 10 visitas aleatorias a los centros de atención. El segundo riesgo, relacionado con compras de medicamentos no incluidos en protocolos, mostró un avance del 42%, en parte debido a la actualización del Manual del Servicio Farmacéutico y a la revisión diaria de consumos. El tercer riesgo, referente a la venta indebida de productos biológicos, alcanzó un avance del 33%, sin que se reportaran casos durante el período evaluado.

Finalmente, el área de Control Disciplinario presentó cuatro riesgos, cada uno con un avance del 25%. Entre las acciones implementadas estuvieron el análisis de material probatorio, el seguimiento a las noticias disciplinarias recibidas (tramitándose cinco de seis casos), la inspección mensual de expedientes y la realización de una capacitación relacionada con la confidencialidad y reserva de la información disciplinaria.

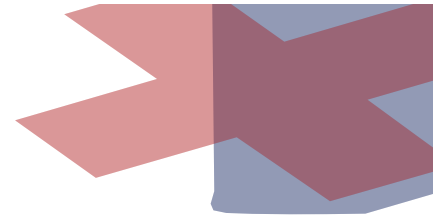
El análisis evidenció avances diferenciados en la implementación de los controles establecidos para los riesgos COF. Las áreas de Contratación, Talento Humano y Gestión Misional mostraron mayores niveles de gestión, mientras que otras áreas mantuvieron avances parciales. Este seguimiento permitió identificar fortalezas y aspectos susceptibles de mejora para el fortalecimiento del Sistema de Gestión del Riesgo de Corrupción en la entidad.

Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LAFT/FPADM junio de 2025

Tabla 8. Riesgos de SARLAFT - Junio 2025

Área	Riesgos	No. de riesgos por clasificación			
		Extremo	Alto	Moderado	Bajo
Contratación	1	0	1	0	0
Talento Humano	1	0	1	0	0
TOTAL	2	0	2	0	0





Durante el periodo evaluado, se identificaron dos riesgos asociados al Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LAFT/FPADM), distribuidos en las áreas de Contratación y Talento Humano. Ambos riesgos fueron clasificados como de nivel alto, sin registrarse eventos en las categorías extrema, moderada o baja. Esta clasificación evidenció la necesidad de fortalecer los mecanismos de control y la verificación rigurosa de los procesos relacionados con terceros y personal vinculado a la entidad.

En el área de Contratación se determinó un riesgo relacionado con la posibilidad de suscribir contratos con personas naturales o jurídicas que pudieran estar involucradas en actividades ilícitas, debido a la falta de consultas sistemáticas en las listas vinculantes y/o restrictivas, particularmente OFAC. Para mitigar esta situación, se había programado como actividad principal el seguimiento continuo al proceso contractual, con énfasis en la verificación de las bases de datos exigidas para la validación de contrapartes. A corte de junio de 2025, se observó un avance del 100 %, evidenciándose que el área realizó la consulta correspondiente antes de formalizar cada contratación.

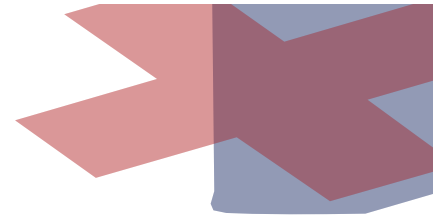
De igual manera, en el área de Talento Humano se identificó un riesgo similar, relacionado con la posibilidad de vincular personal que se encontrara reportado por actividades ilícitas, como consecuencia de la omisión en la revisión de listas vinculantes y/o restrictivas. La actividad establecida para su control consistió en efectuar un seguimiento estricto al procedimiento de vinculación del personal de planta, asegurando que cada aspirante fuera verificado en las bases oficiales de prevención LAFT/FPADM. Según el reporte al mes de junio de 2025, el avance también fue del 100 %, lo cual indicó que Talento Humano cumplió con la verificación previa a cada incorporación.

Aunque se identificaron dos riesgos de naturaleza crítica en la entidad, ambos contaron con controles plenamente implementados durante el periodo analizado. Las áreas responsables ejecutaron las actividades previstas en su totalidad, lo que permitió disminuir la probabilidad de exposición institucional frente a operaciones o vínculos con personas involucradas en actividades ilícitas, fortaleciendo así el cumplimiento del Sistema de Administración del Riesgo LAFT/FPADM.

RECOMENDACIONES

Se recomienda fortalecer los mecanismos de monitoreo y seguimiento periódico de los riesgos identificados en los subsistemas SARLAFT y SICOF, incorporando análisis más robustos que permitan anticipar cambios en el perfil de riesgo de la entidad, derivados de la dinámica del entorno institucional, contractual y financiero. Es fundamental asegurar que las matrices de riesgo se encuentren actualizadas y alineadas con las mejores prácticas del sector, así como con las disposiciones vigentes emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.





Con el fin de mejorar la trazabilidad y eficacia de los controles, se sugiere a las áreas responsables garantizar la conservación organizada de los soportes documentales que evidencian la ejecución de cada actividad de control, especialmente en lo correspondiente a consultas en listas restrictivas, validación de antecedentes y verificaciones contractuales. Esta medida permitirá fortalecer la seguridad jurídica, facilitar el proceso de auditoría y dar mayor solidez a la respuesta institucional frente a requerimientos de los entes de control.

Es recomendable ampliar la cobertura y periodicidad de los procesos de capacitación dirigidos a los funcionarios, incluyendo contenidos actualizados sobre

prevención del lavado de activos, financiamiento del terrorismo y lucha contra la corrupción. Se sugiere incorporar metodologías prácticas que refuercen la identificación de señales de alerta y la correcta aplicación de los procedimientos internos del SARLAFT y del SICOF. El fortalecimiento del conocimiento técnico contribuye directamente al cumplimiento normativo y a la detección temprana de posibles irregularidades.

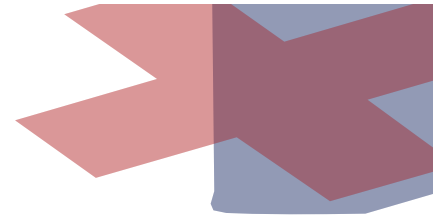
Asimismo, se aconseja continuar con el fortalecimiento de los canales institucionales de denuncias y mecanismos de transparencia, garantizando su difusión, accesibilidad y confidencialidad. Esto permitirá consolidar una cultura de integridad y control al interior de la entidad y fomentar la participación de funcionarios, contratistas y usuarios en la detección y prevención de eventos asociados con la corrupción, el fraude y el abuso de los recursos públicos.

En el marco del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, se recomienda mantener y mejorar la articulación entre el Oficial de Cumplimiento SARLAFT, el Oficial SICOF y las diferentes áreas de la entidad, promoviendo una gestión coordinada, oportuna y basada en evidencias. Esta articulación debe reflejarse en la actualización continua de indicadores, reportes y metodologías, así como en la adopción de acciones correctivas y preventivas oportunas que mitiguen las brechas identificadas durante el proceso auditor.

Finalmente, se sugiere fortalecer la capacidad operativa para garantizar el cumplimiento oportuno y adecuado de los reportes obligatorios ante la UIAF, implementando mecanismos automatizados o herramientas tecnológicas que mejoren la eficiencia en la recopilación, validación y envío de la información. Esto permitirá minimizar riesgos de incumplimiento y asegurar la continuidad de los procesos institucionales de transparencia y control.

CONCLUSIONES

El proceso de auditoría permitió evidenciar que la ESE Hospital Local Cartagena de Indias ha avanzado de manera significativa en la implementación y fortalecimiento del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), en concordancia con los lineamientos emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud. La verificación documental, el análisis de



evidencias y la revisión de registros permiten concluir que la entidad ha cumplido con las obligaciones regulatorias fundamentales, especialmente en el ámbito de reportes obligatorios ante la UIAF, la consulta de listas restrictivas, la actualización de metodologías y la divulgación de información en los canales institucionales.

Durante la vigencia 2022 se observó un adecuado cumplimiento de los requisitos de conocimiento de contrapartes, consultas en listas restrictivas y verificación de antecedentes disciplinarios, fiscales y penales, lo que contribuye a mitigar el riesgo inherente asociado a la contratación y a los vínculos institucionales. Asimismo, se

constató que durante este periodo no se generaron alertas relevantes ni se presentaron operaciones sospechosas que comprometieran los recursos de la entidad, lo que coincide con los resultados negativos reportados en el SIREL ante la UIAF.

La evaluación de riesgos realizada por la entidad permitió identificar niveles bajos de riesgo en las categorías de riesgo inherente, operativo, legal, reputacional y de contagio, lo cual indica que los controles implementados han sido efectivos para la prevención y mitigación de eventos relacionados con el lavado de activos, el financiamiento del terrorismo y la corrupción. Estos resultados se fortalecen con el cumplimiento del 100% de los indicadores establecidos en la batería del SICOF para la vigencia 2023, demostrando un desempeño positivo y sostenido de las dependencias responsables.

De igual manera, se evidencia un compromiso institucional en materia de capacitación y sensibilización a los funcionarios, lo cual se refleja en la apropiación progresiva de la cultura de gestión del riesgo al interior del Hospital. Esto contribuye a fortalecer el Sistema de Control Interno y a promover la transparencia, integridad y eficiencia en la gestión pública, pilares esenciales para garantizar la confianza ciudadana y el adecuado manejo de los recursos del sector salud.

En términos generales, el Hospital Local Cartagena de Indias presenta un nivel de cumplimiento aceptable y consistente con la normatividad vigente, mostrando avances notorios en la consolidación de los subsistemas SARLAFT y SICOF. No obstante, persisten oportunidades de mejora relacionadas con el fortalecimiento de los controles, el aseguramiento de la trazabilidad documental y la actualización permanente de metodologías y matrices de riesgo, las cuales se presentan a continuación como recomendaciones orientadas a la mejora continua del sistema.

Atentamente,

VERÓNICA GUTIÉRREZ DE PIÑERES MORALES

Jefe Oficina de Control Interno

ESE Hospital Local de Cartagena de Indias

Elaboró y Proyectó: **Jair Palacio Hernández** - Profesional Universitario tipo I - Trabajador en Misión Suministrado por Multi Tempo SAS
- Asignado a la Oficina Control Interno.

