

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		 SAM Humanizando la salud transformando vidas
	GESTION INTEGRAL DE LA SAMARITANA		
	ACTA DE REUNIÓN		
	05GIC38-V3		
			05GIC92



REUNIÓN	COMITÉ GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS	ACTA No. 1	
FECHA	28 de enero 2026	HORA DE INICIO	10:00 AM
LUGAR	Sala de Juntas - HUS	HORA FINAL	11: 30 AM

OBJETIVO DE LA REUNIÓN	
Realizar sesión trimestral del comité de gestión Integral del riesgo, correspondiente a la primera sesión del 2026, para presentar el mapa de riesgos SIGRIP (Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública) propuesto para la vigencia 2026 y el Programa de Transparencia y Ética Publica PTEP 2026, lo anterior para su aprobación y posterior firma del Gerente y su publicación en términos de Ley.	

TEMAS A TRATAR	
1.	Saludo bienvenida
2.	Socialización del Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP 2026 definido y aprobado en Comité de Gestión y desempeño.
3.	Socialización del ejercicio realizado para definir y presentar el mapa de riesgos SIGRIP (Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública) 2026
4.	Compromisos y varios

REVISIÓN DE COMPROMISOS ACTA ANTERIOR: APLICA <input checked="" type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/>				
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	Enviar la propuesta del Programa de Transparencia 2026 a los líderes pertinentes para su verificación y ajustes si aplica	X		
2	Remitir las observaciones o ajustes a la propuesta del Programa de Transparencia 2026 para su inclusión en el documento	X		
3	Enviar la presentación del comité y la gis del DAFP para su lectura	X		
TOTAL DE ACTIVIDADES				
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (Actividades cumplidas/Total de actividades programadas)				

DESARROLLO DE LOS TEMAS A TRATAR
<p>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 SIGRIP (Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública) 2026 definido en ejercicio en conjunto con los líderes de proceso y el Programa de Transparencia y Ética Publica PTEP 2026 construido y documentado de manera participativa, esto lo presentará la profesional Especializada de Gestión de Riesgos Karol Adriana Sánchez Pérez.</p> <p>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 2026 mismo que desde su metodología se construyó y validó 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</p>

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		 SAM Humanizando la salud transformando vidas
	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 presenta su estructura final. Se informa a los participantes que 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 29 de diciembre 2025 y aprobado en la sesión de Comité de Gestión y desempeño de enero 2026 y relacionado en esta sesión enmarcado en el SIGRIP (Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública) como complementariedad frente al compromiso de lucha contra la corrupción.

Se presenta la generalidad de Riesgos SIGRIP Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública 2026, enmarcado inicialmente en la Política de Administración de Riesgos del HUS, 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 presentan nuevamente las tipologías, subtipologías y responsables Institucionales definidas y desarrolladas desde el 2024, con el ajuste a la tipología SIGRIP antes SICO, se informa que la política de riesgos del HUS sera modificada para alinearla a la Guía de riesgos del DAFP versión 7 de 2025, al igual que el modelo y por ende el manual institucional, herramientas pilares de la gestión integral de riesgos del HUS y sus sedes.

Se presentan las Amenazas para la integridad pública a tener en cuenta y que se encuentran consignadas en la guía:

1. **Soborno:** El Soborno puede ser entendido como “ofrecer, prometer, dar, aceptar o solicitar una ventaja indebida de cualquier valor (que puede ser financiero o no financiero), directa o indirectamente, e independientemente de la ubicación, en violación de la ley aplicable, como incentivo o recompensa para que una persona actúe o se abstenga de actuar [...]”. Y opera en dos niveles: Soborno Entrante y Saliente. Se entiende como Entrante el soborno al servidor de la Entidad, y como Saliente el soborno por parte de servidores a otros en nombre de la Entidad.
2. **Fraude:** El Fraude corresponde a errores, omisiones, informes inexactos o descripciones incorrectas realizados con culpa o dolo para beneficio personal o de terceros. Este puede ser interno, en cuyo caso el fraude involucra a colaboradores, o externo, cuando se realizó por terceros, externos y la organización es la víctima.
3. **Inadecuada gestión del conflicto de intereses:** Un conflicto de intereses surge cuando, cuando el servidor público debe decidir sobre un asunto en el que tiene interés particular y directo en su regulación, gestión, control o decisión, o lo tiene su cónyuge, compañero o compañera permanente, o sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o su socio o socios de hecho o de derecho. Es decir, cuando el interés general, propio de la función pública, entre en conflicto con un interés particular y directo del servidor público.
4. **Corrupción:** La Corrupción es “todo acto que implique desviación de la gestión administrativa o de los recursos públicos y privados para obtener un beneficio propio o para un tercero. Igualmente, constituyen actos de corrupción las conductas punibles descritas en la Ley 599 de 2000, o en cualquier ley que la modifique, sustituya o adicione, así como lo previsto en la Ley 1474 de 2011; las faltas disciplinarias; y las conductas generadoras de responsabilidad fiscal relacionadas con los actos de corrupción y cualquier comportamiento contemplado en las convenciones o tratados contra la corrupción que Colombia haya suscrito y ratificado. Esas conductas incluyen: (i) El uso del poder para obtener beneficios personales, (ii) Pérdida o disminución del patrimonio público, (iii) El perjuicio social significativo, y (iv) La corrupción electoral”.
5. **Lavado de Activos (LA), Financiación del Terrorismo (FT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FP) -LA/FT/FP:** La integridad pública también se ve afectada por el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. A través de estas prácticas y conductas se compromete la capacidad del Estado para cumplir con sus fines, en la medida que las entidades pueden ser usadas para dar apariencia de legalidad a recursos obtenidos de forma ilícita o ilegal, e incluso para trasladar recursos a personas o grupos que pueden terminar atacando instituciones estatales. De esta forma, también se afecta la integridad pública, aun cuando la conducta de los funcionarios y colaboradores puede no ser es objeto de cuestionamiento.

Para facilitar el ejercicio de validación de los riesgos SIGRIP realizado se presentan ejemplos que contiene la guía para conocer la redacción propuesta para esta identificación junto a la línea técnica del HUS enmarcada en las sesiones desarrolladas junto a los líderes de proceso pertinentes, se recuerda que desde el 2025 se documenta 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 presentan los riesgos tal y como quedaron en el módulo de riesgos ALMERA para su conocimiento y se recuerda que los pueden consultar adicionalmente en la página web Institucional.

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA		 SAM Humanizando la salud transformando vidas
	GESTION INTEGRAL DE LA SAMARITANA		
	ACTA DE REUNIÓN		
	05GIC38-V3		
			05GIC92

Dando así como resultado (14) riesgos SIGRIP para el 2026, se pregunta a los participantes de manera presencial así como virtual en esta sesión si tienen alguna pregunta o acotación a esto, a lo que responden que no, sin embargo se realiza mención que el laboratorio esta adelantando un diagnostico y plan de trabajo para una certificación, la Doctora Ruth Rojas informa que en asesorías recibidas le han hecho énfasis en necesidades de inclusión de criterios como confidencialidad e imparcialidad, por lo que se validara la posibilidad de incluir uno en esta tipología para 2026, de ser así se presentara al comité y se publicará la actualización con este riesgo el cual también tiene posibilidad de quedar en tipología operacional por eso se validara en sesión pertinente para dar el alcance necesario y así alinear el sistema junto a los requerimientos definidos.

Se notifica a los participantes que para la vigencia 2025 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 (3) a saberse:

1. “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 amarillo.”
2. “Posibilidad que los neonatos tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías (displasia broncopulmonar, enterocolitis necrosante, retinopatía de la prematuridad y sepsis tardía) por fallas en la atención debido a no adherencia a protocolos, guías y procedimientos, falla en la identificación del Riesgo individual, Falla en la comunicación del equipo de salud, Inadecuada aplicación de paquetes instruccionales y débil articulación con los programas de promoción y prevención establecidas y rutas implementadas..”
3. Posibilidad de afectación económica, reputacional y asistencial por fallas en la calidad, oportunidad y seguridad de la atención integral del paciente quirúrgico, debido a deficiencias en la programación de cirugías, falta de adherencia a procedimientos, protocolos institucionales y paquete instruccional Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos y deficiencias en el funcionamiento de equipos biomédicos.

Se recuerda que ante la materialización de los riesgos se deben gestionar los cambios frente a probabilidad, causas y controles de manera sincronizada 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, mismos que serán presentados en cada comité de riesgos, todo esto hace parte de la filosofía y pensamiento basado en riesgos



Se informa que desde la primera semana de febrero 2026 y como parte de la gestión del riesgo como segunda línea se llevara a cabo el seguimiento de cumplimiento de los planes de acción de riesgos 2025, por lo que se solicita que quienes no lo han terminado lo adelanten lo antes posible, de igual manera se recuerda que a partir de la siguiente semana se agendarán las sesiones para validar y ajustar los riesgos de Proceso 2026, para lo que es importante que validen la línea técnica hacia las sedes de Zipaquirá y poder fortalecer esta gestión de cara al eje y su implementación.

Se recuerda que desde planeación se enviarán por correo el Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP con el link donde se encuentra su publicación y el del mapa de riesgos SIGRIP 2026 en la página 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 11:30 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

COMPROMISOS 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 SIGRIP y el PTEP 2026 para la firma de aprobación del gerente para su publicación en web.	Jefe Oficina asesora de Planeación y Calidad	29 de enero 2026
2	Publicar en página web del mapa de riesgos SIGRIP y el PTEP 2026	Subdirector de sistemas	30 de enero 2026

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

3	Enviar correo con el link de publicación de riesgos SIGRIP y PTEP 2026 a los líderes de proceso y subdirectores para su conocimiento y socialización al interior de sus áreas.	Profesional especializada en gestión integral de riesgos	3 de febrero 2026
4	Actualizar el módulo de riesgos (cierre del plan de acción por cada riesgo definido para la vigencia 2025)	Líderes de Proceso	3 de febrero 2026

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	Nubia Guerrero	Directora de Atención al Usuario	Virtual
2	Juan Carlos Molina	Líder tecnología Biomédica	Virtual
3	Ángela Daniela Pastrana	Profesional de Riesgos Zipaquirá	Virtual

ACTIVIDAD: COMITE DE GESTION DE CALIDAD
 LUGAR: SALA DE JUNTAS
 FECHA: 28 AGO 2016

	NOMBRE	DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	PROCESO	FIRMA
1	Leonardo Duarte D. A.	13929339	Jefe de Finanzas	Contabilidad	
2	Guillermo Arce Vargas G.	79478015	DIRECTOR CERTIFICADO	GEST. ESTRATEGICA	
3	Martha Cecilia Arias P.	65701374	Enfermera	G. S. P.	M. Arias
4	Marcelo Fegui Aguilar	19410186	Coord. Educ. Medica	Gerencia de Calidad	M. Fegui
5	Wilhelm Olivos Bams	49696781	Coordinadora B. Sanj	GSE	
6	Kath H. Rojas R.	35407636	Coordinadora de B. Sanj	G.A.D	
7	Edgar Rodriguez Benavides	80377665	Jefe Of. Juridica	G. Estrategica	
8	Ido Cedeno Guerrero	1001855226	Proteccion Juridica	Juridica	
9	Claudia Milena Reyes	65.719.750	Prof. Esp.	Gestion Esba.	
10	Carlos F. Gutierrez P.	19.453.405	Director Op.	Gestion Esba.	
11	Martha Gonzalez M.	52968282	Sub. Desarrollo H.	Talento Humano	
12	Luz Dorely Ruiz	31561593	Sub. Personal	Talento H.	
13	Solanyi Garzon Ayala	20750560	Subdirector Mercadeo	Inteligencia Mercadeo	Solanyi G.
14	Alexander Beltran S.	52827928	Subd. Consulta Ext.	Ambulatorio	
15	Samile Andreu Chacón	52656797	Procuraduría	Imagenes D.	
16	Yarlesay Sorcio	52850290	SUB. OPERACION	FINANCIERA	
17	Janeth G. Zapata	68332381	Director financiero	Financiero	
18	Karel ARIANA SANTANA PEREZ	52744722	Prof. GPEC. DE CALIDAD	Garantia Calidad	
19	Lorena Morales Chaves	1007295722	Pro. Planeacion calidad	Garantia Calidad	Lorena Morales
20					
21					
22					
23					
24					
25					