

**Análisis de los factores que puedan incidir en la ocurrencia del fraude financiero en la
IPS categoría C2 Clínica La Costa en el periodo 2024.**

Jesús Daniel Cáceres Cáceres

Leider Martínez Urrutia

Universidad Popular del Cesar, Seccional Aguachica

Dirección de Ciencias Administrativas, Contables y Económicas

Contaduría Pública

Director Esp. José Carlos de la Hoz Jiménez

Aguachica, Cesar

2025

**Análisis de los factores que puedan incidir en la ocurrencia del fraude financiero en la
IPS categoría C2 Clínica La Costa en el periodo 2024.**

Jesús Daniel Cáceres Cáceres

Leider Martínez Urrutia

Proyecto de grado realizado como requisito para optar el título de contador público

Director

Esp. José Carlos de la Hoz Jiménez

Codirector

Mag. Yulieth López Ortiz

Universidad Popular del Cesar, Seccional Aguachica

Dirección de Ciencias Administrativas, Contables y Económicas

Contaduría Pública

Director Esp. José Carlos de la Hoz Jiménez

Aguachica, Cesar

2025

Dedicatoria

Dedicamos este proyecto de grado, con profunda gratitud y cariño, a todas las personas que fueron parte fundamental en este proceso.

A Dios, por ser nuestra guía y fortaleza en los muchos momentos de incertidumbre vividos.

A nuestros padres, por el amor incondicional, apoyo constante y sacrificios que hicieron posible nuestra formación. Gracias por enseñarnos el valor del esfuerzo y la perseverancia.

A nuestros familiares, por estar siempre presentes con palabras de aliento, por creer en nosotros y motivarnos a seguir adelante y lograr nuestros sueños.

A los amigos, quienes con su compañía y comprensión hicieron más llevadero este camino.

Y a todos los docentes y mentores que compartieron su conocimiento y sembraron en nosotros la pasión por aprender día a día.

Este logro es también de ustedes.

Contenido

Resumen	9
Abstract.....	12
Introducción.....	8
1. Problema	10
1.1. Definición del problema	10
1.1.1 Formulación del problema	13
1.2. Justificación	13
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo general.....	15
1.3.2. Objetivos específicos	15
1.4.1 Delimitación temporal	15
1.4.2 Delimitación espacial.....	15
1.4.3 Delimitación contextual.....	16
2. Marco referencial.....	16
2.1. Marco histórico	16
2.1.1. Antecedentes de investigación.....	23
2.2. Marco teórico	30
2.2.1. Teoría del Triángulo del Fraude	30
2.2.2. Teoría del Diamante del Fraude	32
2.2.3. Teoría de la Agencia	35
2.2.4. Teoría de los Sistemas de Control Interno.....	36
2.2.4. Teoría de la Auditoría Forense	38
2.4. Marco legal	41
2.5. Marco conceptual.....	42

3.	DISEÑO METODOLOGICO	46
3.1.	Tipo de estudio	46
3.2.	Enfoque de la investigación	46
3.3.	Método de la investigación	46
3.4.	Población	47
3.5.	Muestra	47
3.6.	Fuentes y técnicas para la recolección de Información	47
4.	Esquema temático	48
4.1.1.	Normatividad nacional colombiana	49
4.1.2.	Normatividad específica del sector salud	49
4.1.3.	Responsabilidades legales específicas	50
4.1.2.	Responsabilidades éticas fundamentales	52
4.1.4.	Detección de irregularidades financieras específicas	53
4.1.5.	Limitaciones y desafíos específicos del sector	55
4.1.6.	Consecuencias del incumplimiento	56
	Responsabilidad Civil y Penal	56
4.1.7.	Elementos visuales complementarios	56
4.1.8.	Conclusión primer objetivo específico	61
4.2.	Determinar los principales factores de riesgo que contribuyen al fraude financiero en el sector salud.	63
4.2.5.	Factores de riesgo específicos en IPS Categoría C2.....	68
4.2.6.	Análisis de riesgos por proceso en IPS	69
4.2.7.	Indicadores de riesgo y señales de alerta	73
4.2.8.	Indicadores cualitativos	74
4.2.9.	Resumen ejecutivo de indicadores clave	77
4.2.10.	Factores de riesgo por STAKEHOLDER.....	78
4.2.11.	Análisis sectorial: comparación con otras industrias.....	79
4.2.12.	Impacto del entorno digital y tecnológico	81
4.2.13.	Marco regulatorio y su impacto en factores de riesgo	82

4.2.14. Supervisión y aplicación de normas	82
4.2.15. Conclusión segundo objetivo específico	83
4.3. Evaluar la efectividad de los controles internos y políticas organizacionales que puedan incidir en la ocurrencia del fraude financiero en la IPS	84
4.3.1. SARO.....	84
4.3.2. Liquidez	86
4.3.3. Crédito	88
4.3.4. Actuarial	91
4.3.5. SARLAFT.....	94
4.3.6. SICOF.....	97
4.3.7. Evaluación del control Interno.....	99
4.3.7. Conclusión tercer capítulo	106
5. Conclusiones	108
6. Recomendaciones	110
ANEXOS.....	117

Índice de tablas

Tabla 1	<i>Componentes esenciales de los sistemas de control interno</i>	36
Tabla 2	<i>Tabla comparativa: responsabilidades auditor vs. Revisor fiscal</i>	56
Tabla 3	<i>Matriz de responsabilidades del auditor y revisor fiscal por área</i>	57
Tabla 4	<i>Indicadores de supervisión y control</i>	60
Tabla 5	<i>Proceso de facturación</i>	69
Tabla 6	<i>proceso de atención médica</i>	70
Tabla 7	<i>Proceso de compras y suministros</i>	71
Tabla 8	<i>Métricas Financieras Anómalas</i>	73
Tabla 9	<i>Métricas operativas sospechosas</i>	73
Tabla 10	<i>Señales de comportamiento</i>	74
Tabla 11	<i>Indicadores de control interno</i>	75
Tabla 12	<i>Matriz consolidada de riesgos por proceso</i>	76
Tabla 13	<i>Indicadores de máxima prioridad</i>	77
Tabla 14	<i>Matriz de Riesgo por La línea de Servicio</i>	78

Índice de figuras

Figura 1 <i>Elementos del triángulo de fraude</i>	31
Figura 2 <i>El Diamante del Fraude</i>	34
Figura 3 <i>Flujograma: Proceso de Detección y Reporte de Irregularidades</i>	59
Figura 4 <i>Autodiagnóstico SARO</i>	85
Figura 5 <i>Autodiagnóstico liquidez</i>	86
Figura 6 <i>Autodiagnóstico crédito</i>	89
Figura 7 <i>Autodiagnóstico Actuarial</i>	92
Figura 8 <i>Autodiagnóstico SARLAFT</i>	95
Figura 9 <i>SICOF</i>	98
Figura 10 <i>Ambiente de control</i>	99
Figura 11 <i>Componente estratégico</i>	100
Figura 12 <i>Administración del riesgo</i>	101
Figura 13 <i>Actividades de control</i>	102
Figura 14 <i>Información</i>	103
Figura 15 <i>Comunicación</i>	104
Figura 16 <i>Autoevaluación</i>	104
Figura 17 <i>Evaluación independiente</i>	105
Figura 18 <i>Planes de mejoramiento</i>	106
Figura 19 <i>Componentes</i>	106

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo principal hacer un análisis del fenómeno del fraude financiero en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en Colombia, abordando la responsabilidades legales y éticas de los auditores y los revisores fiscales, identificando de esta manera los principales factores de riesgo que contribuyen a este fenómeno y evaluando la efectividad de los controles internos y políticas organizacionales. La base teórica está sustentada en normas internacionales de auditoría, marcos legales nacionales y teorías sobre fraude financiero ética profesional y gestión del riesgo, proporcionando un marco integral para abordar la problemática en el sector de salud. La metodología utilizada es de tipo analítico – descriptiva, apoyada en la revisión documental y normativa, el análisis de casos y la evaluación de prácticas dentro de la IPS, permitiendo un diagnóstico riguroso y fundamentado con evidencia empírica y teórica.

Los resultados evidencian que la responsabilidad ética y legal de los auditores y los revisores fiscales es clave para poder detectar y prevenir el fraude, aun cuando su eficiencia se ve comprometida por limitaciones en información, autonomía y autorización normativa. Se identifica factores de riesgo como los controles internos insuficientes, la falta de segregación de funciones, presiones financieras, deficiencia en cultura organizacional y fragmentación de sistemas de información. La evaluación de los controles revela que aquellos sistemas sólidos, acompañados de políticas éticas claras y supervisión continua, son efectivos para poder mitigar los riesgos, mientras que el déficit en estas áreas incrementa de manera significativa la vulnerabilidad frente a las irregularidades.

Los principales hallazgos apuntan a la necesidad de un enfoque sistemático, en donde la gobernanza, formación ética, actualización tecnológica, colaboración institucional y fortalecimiento normativo converjan para poder proteger la sostenibilidad financiera y la

calidad de los servicios de la IPS. Esta investigación aporta un punto de partida valioso para la mejora continua de mecanismos de control y prevención del fraude en el sector salud, con énfasis en la transparencia y el cumplimiento jurídico.

Palabras clave: fraude financiero, Instituciones Prestadoras de Salud, controles internos, ética profesional, auditoría, gestión del riesgo, Colombia.

Abstract

The main objective of this research is to analyze the phenomenon of financial fraud in Health Care Providers (IPS) in Colombia, addressing the legal and ethical responsibilities of auditors and tax reviewers, thereby identifying the main risk factors that contribute to this phenomenon and evaluating the effectiveness of internal controls and organizational policies. The theoretical basis is supported by international auditing standards, national legal frameworks, and theories on financial fraud, professional ethics, and risk management, providing a comprehensive framework for addressing the problem in the health sector. The methodology used is analytical-descriptive, supported by a review of documents and regulations, case analysis, and the evaluation of practices within the IPS, allowing for a rigorous diagnosis based on empirical and theoretical evidence.

The results show that the ethical and legal responsibility of auditors and tax reviewers is key to detecting and preventing fraud, even when their efficiency is compromised by limitations in information, autonomy, and regulatory authorization. Risk factors such as insufficient internal controls, lack of segregation of duties, financial pressures, deficiencies in organizational culture, and fragmentation of information systems are identified. The evaluation of controls reveals that robust systems, accompanied by clear ethical policies and continuous supervision, are effective in mitigating risks, while deficits in these areas significantly increase vulnerability to irregularities.

The main findings point to the need for a systematic approach, where governance, ethical training, technological upgrades, institutional collaboration, and regulatory strengthening converge to protect the financial sustainability and quality of IPS services. This research provides a valuable starting point for the continuous improvement of fraud control

and prevention mechanisms in the health sector, with an emphasis on transparency and legal compliance.

Keywords: financial fraud, Health Provider Institutions, internal controls, professional ethics, auditing, risk management, Colombia.

Introducción

La situación crítica de las IPS, acentuada por la acumulación de cuentas por pagar, carencias de liquidez y flujos de caja desfasados, ha puesto en evidencia los vacíos en la estructura de control interno y la necesidad imperante de políticas organizacionales que aseguren la buena administración de los fondos públicos y privados. En caso reciente que se demuestra cómo es la ausencia de esquemas rigurosos y supervisión efectiva se ha derivado no solamente en retrasos en pagos a proveedores sino a la vez en la aparición de bonificaciones irregulares y salida no autorizada de recursos, generando pérdidas económicas significativas y la intervención de las autoridades reguladoras. Esto pone en manifiesto los riesgos sistemáticos derivados de la debilidad en los mecanismos de control y los desafíos de un entorno regulatorio en constante cambio.

En la presente investigación se marca en el análisis detallado de la responsabilidades legales y éticas de los auditores y los revisores fiscales, en la identificación de los factores de riesgo que contribuyen al fraude financiero, y en la evaluación de la efectividad de los controles internos y las políticas organizacionales en la prevención de las irregularidades en las IPS. El propósito de esto es evidenciar como la interacción entre las debilidades estructurales, las presiones normativas las deficiencias de la gestión del talento humano y en los vacíos en la cultura organizacional crean contextos propicios para la materialización de fraudes y la erosión de la confianza social en el sistema de salud colombiano.

Por medio de una revisión de literatura especializada la exposición de casos relevantes el análisis de los Marcos normativos vigentes, este trabajo busca aportar una visión integral y propositiva sobre la importancia de fortalecer los sistemas de control y vigilancia, la formación ética del personal y la adopción de buenas prácticas de gobernanza. Solo así será

posible realizar un avance hacia la transparencia eficiencia y calidad en la gestión de la IPS, resguardando los intereses de los usuarios y la sostenibilidad financiera del sector salud.

A partir de los resultados obtenidos y el análisis empírico se cumple, primero, el objetivo de identificar las responsabilidades legales y éticas de los auditores y los revisores fiscales, descubriendo cómo su desempeño incide en la prevención y la detención de los fraudes. Posteriormente a esto, se determinan los principales factores de riesgo como la debilidad en los controles internos, deficiente segregación de funciones, la presión financiera y las deficiencias normativas, aportando ejemplos y resultados derivados del estudio de campo y la literatura especializada. Finalmente, se evalúa la efectividad de los controles internos y políticas organizacionales, presentando casos donde su correcta implementación ha reducido riesgos y evidenciando falencias cuando estos son débiles o inexistentes. Este capítulo ofrece matrices, análisis comparativos y recomendaciones operativas.

1. Problema

1.1. Definición del problema

El fraude financiero en el sector de la salud es un reto muy importante, que afecta la calidad económica de estas instituciones como a la calidad y a la accesibilidad del servicio que prestan. Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), como actores claves para la atención médica, están más expuestas a los diferentes factores que hacen más fácil la aparición de los fraudes financieros, esto hace que sea necesario abordar este problema de una manera más integral para poder evitar consecuencias de efecto negativo.

Dentro de los fraudes financieros es muy relevante mencionar los tres componentes fundamentales del triángulo del fraude que son presión, oportunidad y razonamiento, puesto que estos factores incitan a que las personas tengan la ocurrencia de cometer fraude financiero dentro de las instituciones. Uno de los principales riesgos es tener una insuficiencia en los controles internos. En las investigaciones que se han realizado se demuestra que las entidades que cuentan con un sistema de supervisión que es deficiente tienen hasta un 40% más de probabilidades de incurrir en fraudes financieros (Association of Certified Fraud Examiners [ACFE], 2022). El tener una falta de una adecuada separación de las funciones, las deficiencias en la supervisión en los procesos contables y financiero, junto con una ausencia de auditorías periódicas, pueden aumentar la vulnerabilidad que tienen ante las irregularidades con respecto al impacto económico de manera considerable (Superintendencia Nacional de Salud, 2021). Esta es una situación que es aún más grave en las instituciones que tienen capacidades limitadas para el correcto monitoreo de los contratos con los proveedores por la falta de información, lo que hace que se dificulte la gestión eficiente de los riesgos (Superintendencia Nacional de Salud, 2021).

De igual manera, el no contar con un sistema que sea eficaz para la gestión de los riesgos hace que las IPS queden expuestas a los fraudes que están relacionados con la contratación pública y con la compra de los insumos médicos. De acuerdo con la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, aproximadamente un 15% de las instituciones de este sector han hecho reportes de irregularidades que están vinculadas a los sobre costos o al incumplimiento de las regulaciones de los precios, lo que muestra como evidencia las fallas en la aplicación de las normas que están destinadas a la protección de los recursos públicos (Comisión Nacional de Precios, 2021). Este es un problema que se relaciona directamente con la falta de un análisis detallado acerca de los factores de riesgos, lo que incluye las prácticas de la demanda inducida y las distorsiones en la fijación de los precios.

Otro de los factores más relevantes que se pueden mencionar es la insuficiencia en la formación ética y a la técnica del personal administrativo y de la auditoría, lo que hace que sea más fácil la ocurrencia de fraudes. La falta de la capacitación continua en la auditoría forense y a la gestión de los riesgos financieros lo que limita la capacidad de la identificación y en la prevención de las irregularidades. De acuerdo con Hernández (2003) el cual señala que el adoptar los sistemas especializados en la mejora de la detención de fraudes hasta un 30% y lo que refuerza la transparencia organizacional, los elementos que son clave para el sector de la salud. De igual manera, el contar con una cultura institucional que está basada en la rendición de las cuentas y de los incentivos que son adecuados son de vital importancia para poder desalentar las conductas corruptas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

El tener una falta de las políticas y de los procedimientos que son específicos para la prevención y en la gestión de los fraudes que también contribuye a su persistencia. La

Superintendencia Nacional de Salud resalta la gran importancia de contar con un Subsistema de Administración de Riesgos que ha permitido tomar decisiones que sean oportunas y que mitiguen de manera efectiva de los riesgos financieros y a la liquidez (Superintendencia Nacional de Salud, 2021). Estas estrategias tales como los talleres con expertos en el análisis de los escenarios y de las revisiones que sean sistemáticas han demostrado que el ser eficaz en la reducción de los riesgos en las instituciones que las están implementando (Superintendencia Nacional de Salud, 2021).

El sector salud se enfrenta a una variedad de riesgos que comprometen su funcionamiento y sostenibilidad, siendo uno de los más recurrentes el fraude financiero, el cual, en muchos casos, se articula mediante la participación de agentes internos y externos. Estas prácticas fraudulentas suelen estar asociadas al incumplimiento de regulaciones legales y éticas, lo que conlleva la imposición de sanciones económicas significativas. Dichas sanciones no solo afectan la estabilidad financiera de las entidades prestadoras de salud, sino que también inciden directamente en el acceso oportuno y adecuado a tratamientos para enfermedades graves, poniendo en riesgo derechos fundamentales como la salud y la vida (SIC, 2024).

En el medio de la administración de la salud, y en especial las IPS, el tener una presencia en los fraudes financieros se ven impulsados por una serie de los factores que hacen que sea más fácil las prácticas que se están aplicando y a la vez comprometen la integridad de los recursos. Según Fonseca (2019) el cual señala que la existencia de las irregulares incluye la falsificación de los documentos, la emisión de facturas de servicios que no son reales y la manipulación de la facturación, hacen que sea más grave por tener una falta de control interno eficaz. Igualmente, el tener la ausencia de auditorías forenses que sean efectivos lo que impide detectar de forma temprana de estas prácticas, permitiendo una

perpetuación del problema dentro de los sistemas. El identificar los factores que son claves para poder lograr implementar los mecanismos de control y de preservación que aseguren la sostenibilidad financiera y en la calidad de los servicios en las IPS.

1.1.1 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que tienen incidencia en la ocurrencia del fraude financiero en las IPS categoría C2 Clínica La Costa en el periodo 2024?

1.2. Justificación

El sistema de salud en Colombia, particularmente en lo que respecta a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), enfrenta múltiples desafíos relacionados con la sostenibilidad financiera, la calidad en la prestación del servicio, y el cumplimiento de los marcos normativos. Uno de los riesgos más relevantes que afecta a estas entidades es el fraude financiero, el cual ha venido manifestándose con mayor frecuencia y sofisticación, comprometiendo la eficiencia del sistema y, en casos críticos, el acceso mismo a los servicios esenciales de salud por parte de la población.

Las IPS, por su naturaleza operativa, manejan altos volúmenes de recursos económicos provenientes de diferentes fuentes (Sistema General de Seguridad Social en Salud, recursos propios, convenios con aseguradoras, entre otros), lo que las convierte en escenarios propensos a riesgos de corrupción, manipulación de información contable, desviación de fondos, sobrefacturación y otras prácticas que constituyen fraude. En particular, las IPS clasificadas en categoría C2 presentan condiciones estructurales y administrativas que pueden incrementar su vulnerabilidad ante estos fenómenos, como una

menor capacidad de control interno, debilidad en la gestión del riesgo, y fallas en la supervisión tanto interna como externa.

Factores como la intervención de agentes internos y externos, la deficiente implementación de sistemas de control, la falta de cultura organizacional basada en la ética y la transparencia, así como la presión por resultados financieros, son elementos comunes que inciden de manera directa en la ocurrencia del fraude financiero en el sector salud. A esto se suma el cumplimiento parcial o inadecuado de los marcos normativos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República y otras entidades de control.

Estudiar este fenómeno en el contexto particular de la Clínica La Costa – IPS categoría C2 durante el año 2024, permitirá identificar con mayor precisión los factores de riesgo asociados, proponer mecanismos de prevención y control, y aportar al fortalecimiento de las políticas de buen gobierno y transparencia financiera en el sector. Además, el presente trabajo busca contribuir con evidencia empírica al debate académico y profesional sobre la gestión del riesgo de fraude en entornos sensibles como el de la salud, donde los efectos no solo son económicos, sino también sociales y humanos.

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Analizar los Factores que puedan incidir en la ocurrencia del fraude financiero en la IPS categoría C2 Clínica La Costa en el periodo 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las responsabilidades legales y éticas del auditor y revisor fiscal en la detección de las irregularidades financieras respecto al fraude.
- Determinar los principales factores de riesgo que contribuyen al fraude financiero en el sector salud.
- Evaluar la efectividad de los controles internos y políticas organizacionales que puedan incidir en la ocurrencia del fraude financiero en la IPS.

1.4.1 Delimitación temporal

Esta propuesta estará centrada en examinar los factores que tienen influencia en la ocurrencia de los fraudes financieros a lo largo del año 2024. Este es un periodo el cual servirá para poder analizar las prácticas que están vigentes, el papel que juegan la auditoria y la aplicación de los principios éticos en la gestión que existe en el sector de la salud, lo que permite elaborar las recomendaciones que son vitales y que se ajusten a la realidad actual.

1.4.2 Delimitación espacial

Esta investigación estará enfocada en las IPS que están situadas en el departamento del Atlántico, teniendo un énfasis particular en los prestadores de servicios de la salud de categoría 2 bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta es una

delimitación geográfica permitirá realizar un análisis en el marco normativo y el funcionamiento operativo del sistemas de salud en Colombia en un contexto específico.

1.4.3 Delimitación contextual

El estudio se estará realizando en el ámbito de la gestión financiera y administrativas de las instituciones del sector de la salud, tomando en cuenta las normativas actuales, las políticas de auditoria y los mecanismos de control interno que están establecidos para poder prevenir y detectar el fraude financiero. De igual manera, se estarán examinando los aspectos que están relacionados con el rol de los auditores y de los revisores fiscales, en conjunto con la influencia que tiene la cultura organizacional en la promoción de la ética profesional y de la transparencia de los recursos públicos.

2. Marco referencial

2.1. Marco histórico

En las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en Colombia representa un gran fenómeno intrincado y de múltiples dimensiones, que ha ido transformándose con el tiempo, teniendo un impacto tanto en el ámbito económico como en la calidad y la disponibilidad de los servicios sanitarios. Esta es una problemática que se expresa en diversas formas y grados de complejidad, comprometiendo así a distintos actores del sistema de salud.

Desde los hallazgos, se ha documentado la existencia de mecanismos sofisticados para poder engañar al sistema por medio de la creación de IPS con identidades fraudulentas o el uso de las compañías ficticias, en particular en zonas como la región Caribe del país. Esta es una estrategia que contempla la simulación de ventas de productos farmacéuticos y

servicios, y han sido estructuradas para poder mantenerse activas por largos periodos, con estímulos financieros y pagos de comisiones que aseguran la colaboración y supervisión de varias entidades institucionales y funcionarios clave, como los secretarios de salud departamentales (UNODC, 2023, p. 91).

Esto es un tipo de engaño que no se limita simplemente a la falsificación o establecimiento de IPS, sino que abarcan la concentración de enfermedades de alto costo cuyos tratamientos no están cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, también conocido como POS, favoreciendo de esta manera el incremento artificial de costos y el desvío de fondos destinados a estos servicios. La elección territorial y el enfoque en tratamiento específico permiten la persistencia de estas actividades legales durante más de dos o tres años, con severas consecuencias económicas (UNODC, 2023, p. 90).

La variedad y abundancia de actores presentes en el sistema sanitario, el cual abarca desde personal asistencial hasta los altos funcionarios públicos, introduce una complejidad estructural y una fragmentación que obstaculizan la identificación y la sanción de las prácticas corruptas. Frente a este panorama, en la literatura se destacan las urgencias de establecer liderazgos definidos, una voluntad política decidida, sistemas administrativos sólidos y control eficiente, con auditorías técnicas independientes y garantías para quienes denuncian; todo esto apoyado en el sistema de información integrados entre las entidades encargadas de la vigilancia (UNODC, 2023, p. 70).

El fenómeno fraudulento adopta diversas expresiones desde la manipulación de historia clínica y la invención de pacientes inexistentes, hasta la contratación ficticia de personal de salud y la formación de redes de qué sostiene cobros influidos por medio de pagos irregulares o aumentos artificiales en contratos en su médico. Igualmente se han evidenciado desviaciones en la administración de fondos por parte de la IPS, como el uso

indebido de la Unidad de Pago por Capacitación y el cobro por servicios no ejecutados, revelando una corrupción profunda institucionalizada. un ejemplo reciente de esto, fue un caso divulgado por la Contraloría General de la República, en el que se ponen a la anomalías en la distribución del medicamento Vimizim, destinado al tratamiento del síndrome Morquio, ilustrando como estas prácticas tienen un impacto negativo Incluso en las intervenciones médicas esenciales, con consecuencias graves para los pacientes (UNODC, 2023, p. 42).

En municipios como Valledupar, el fraude ha tenido un efecto directo en la capacidad competitiva de las IPS locales, en donde se han contratado la carencia de estructuras internas eficaces para prevenir y controlar estos actos ilícitos. Esta es una deficiencia que genera generado efectos adversos tanto para las organizaciones y sus inversores como para los trabajadores, usuarios y la economía local, socavando así la credibilidad pública en los sistemas de salud (Bermúdez y Villamizar, 2024).

Los de teoría desempeño un papel importante en la identificación, prevención y penalización del fraude dentro de las IPS. Desde sus inicios en los años 2000, se ha promovido el uso de las auditorías integrales y forenses como una herramienta esencial para enfrentar estos retos, integrando metodologías contables, jurídicas y administrativas con el fin de detectar y evidenciar anomalías en el ámbito sanitario (Randal y Mark, 2007; Bermúdez, 2000; Angulo, 2021; Belandria, 2016).

El uso de estas perspectivas epistemológicas positivas y diseños descriptivos facilitan a los investigadores examinar y entender de manera más profunda como opera el fraude dentro de las instituciones, contribuyendo así al desarrollo de planes destinados a reducir sus efectos. Aun cuando, sigue siendo indispensable el fortalecimiento del control interno y la promoción de una ética organización que rechace la corrupción en todos los niveles (Bermúdez y Villalba, 2024).

En paralelo a esto, las modificaciones normativas y de supervisión implementadas en el sistema sanitario han sido decisivas para poder consolidar la integridad y la transparencia en la administración pública. La construcción de un entorno normativo coherente favorece a los esfuerzos de dirigidos a prevenir, investigar y sancionar estos actos fraudulentos. un ejemplo de esto y que es muy importante es la ley 1438 de 2011, la cual introdujo medidas concretas contra la corrupción, enmarcando dentro de la Política Pública Integral Anticorrupción por sus siglas PPIA, permitiendo así establecer objetivos y rutas claras en los planes sectoriales de desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

Igualmente, se ha reconocido la urgencia de abordar la fragmentación institucional y la diversidad de actores lo que dificulta una fiscalización eficaz del sistema sanitario. Por consiguiente, se ha impulsado un liderazgo técnico y político de alto nivel, que es acompañado de estructuras sólidas de gestión pública que han efectivo a las políticas adoptadas, así como de mecanismos confiables de supervisión, como lo son las auditorías autónomas sistemas de denuncia y garantías para los informantes. Estos son componentes que permiten consolidar redes informativas interinstitucionales para poder detectar prácticas fraudulentas con mayor eficacia (ACTUE, 2018).

No obstante, la aplicación de manera efectiva de este marco regulatorio se enfrenta a muchos obstáculos que son muy importantes, en los que se incluyen las contradicciones normativas y la ambigüedad en la en los procedimientos, lo que lo que tiene un efecto en la transparencia e induce a interpretaciones que favorecen escenarios opacos. Como respuesta a esto, se ha implementado iniciativas entradas en fortalecer el buen gobierno corporativo y a fomentar una cultura organizacional que esté basada en procesos definidos y divulgados de forma clara, que haga más fácil el control interno y minimizan los incentivos a actos corruptos (ACTUE, 2015).

Por otra parte, se ha puesto atención en reforzar la integridad en sectores particularmente expuestos al fraude, como la adquisición de medicamentos y equipamientos médicos, en donde se han identificado fallas críticas. Las recomendaciones que se Proponen surgen tanto de experiencias extranjeras como de estudios locales, y están dirigidos hacia el desarrollo de sistemas integrales de control, transparencia y auditoría, igualmente al fomento de códigos éticos y la participación de especialistas en la evaluación seguimiento de las compras institucionales (ACTUE, 2018).

Por consiguiente, el avance en las políticas de acceso a la información y la transparencia ha sido determinante para reducir los riesgos que están asociados al fraude. la promulgación y la aplicación de normativas que habilitan el control ciudadano y la intervención de colectivos sociales ha sido muy importante. No obstante, se resalta la importancia de mejorar el cumplimiento normativo por medio de sanciones ejemplares y de sistemas de fiscalización que aseguren la rendición de cuentas a todo nivel de sistema de salud (Anti-Corruption Resource Centre, 2020).

Es imprescindible reconocer que el sistema de salud colombiano Presenta una estructura organizacional profundamente compleja. Esta complejidad deriva de la coexistencia de diversos actores, tales como aseguradoras, prestadores de servicio, entes reguladores y proveedores, en cuya interacción está mediada por una densa red de relaciones contractuales, en ocasiones están atravesados por intereses convergentes o contrapuestos que posibilitan conductas corruptas o fraudulentas. Esta es una configuración fundamental que revela múltiples puntos vulnerables, aprovechados por determinados actores para derivar, malversar o utilizar indebidamente recursos públicos y privados que están destinados al sector salud. Las investigaciones y documentos presentados por entidades de control evidencian irregulares persistente, como la manipulación de contratos sobre presos en

compras farmacéuticas o la prestación ficticia o inadecuado de servicio que terminan afectando al sistema y a los pacientes (Forero, 2024).

Un caso pedagógico muy importante es la adopción de prácticas antifraude en el ámbito sanitario es en el Grupo Coomeva. Esta es una organización que se ha convertido en un referente en la aplicación de modelos de gobernanza corporativa centrados principalmente en la transparencia y la rendición de cuentas, aspectos esenciales para robustecer la ética institucional y la adecuada gestión de los recursos. Coomeva ha demostrado que, por medio de sistemas internos sólidos, el involucramiento activo de los distintos niveles jerárquicos y la integración de auditorías especializadas, es posible reducir de manera significativa los riesgos asociados al fraude y a la corrupción. Este es un enfoque que también promueve la claridad en la administración financiera y en los procesos operativos, dificultando a los vacíos usualmente aprovechados para prácticas ilícitas (Arquitectura, 2017).

En este sentido conviene Resaltar la evolución de los sistemas de auditoría y control interno en las IPS, las cuales han pasado de centrarse exclusivamente en lo financieros hacia modelos integrales que incorporan el cumplimiento normativo, la gestión de riesgos y el control operativo, respondiendo así a las exigencias regulatorias y sociales en crecimiento. Por otra parte, la auditoría externa ha evolucionado para detectar fallos, errores y fraudes, por medio de mecanismos investigativos, de verificación y cuestionamiento orientados a proteger los intereses de propietarios y de la ciudadanía. Este es un fortalecimiento que ha sido acompañado por un acompañamiento institucional continuo desde los entes de vigilancia, encargados de garantizar la ética profesional y la transparencia organizacional, respaldado por sanciones efectivas frente a incumplimientos (Hurtado, 2014,p. 28).

Díaz y Mora (2013) advierten que, en ausencia de controles internos sólidos, tanto las organizaciones sin ánimo de lucro como los del ámbito sanitario están expuestos al

despilfarro o al aprovechamiento personal indebido de los recursos. Esto resalta la importancia de los mecanismos efectivos de control y auditoría. En el caso de las IPS, la auditoría debe centrarse principalmente en valorar los controles internos, con el fin de garantizar la transparencia y la eficiencia en la gestión de fondos. Los marcos latinoamericanos de control interno Proponen estrategias que son robustas para detectar riesgos financieros y operativos, mejorando así la gobernanza institucional (Merino y Reyes, 2014).

Por otra parte, la auditoría forense, que es originada en el concepto Romano de foro como espacio de Justicia, tiene como misión fundamental revelar y documentar actos delitos delictivos y fraudes tanto en el ámbito público como en el privado incluyendo el sanitario (Maldonado, 2008). Este es un tipo de auditoria que se ha desarrollado específicamente para lograr abordar las irregularidades económicas y administrativas que tienen un efecto en la prestación de los servicios y socavando la integridad institucional. Esta surgió inicialmente para indagar fraudes en las operaciones financieras, pero en el sistema de salud ha debido adaptarse a su complejidad y vulnerabilidad, incorporando así herramientas especializadas para investigar delitos vinculados con facturación irregular y el uso indebido de recursos. Este es un proceso que está íntimamente relacionado con la auditoria externa, la cual tiene como propósito salvaguardar los intereses societales ante los errores y los fraudes (Hurtado, 2014, p. 24).

El rol del auditor forense resulta muy importante, dado que emplea metodologías específicas para identificar fraudes financieros y prácticas ilícitas, en particular en el sector como el de la salud, en el que los recursos son públicos o mixtos y su uso indebido afecta de manera directa a las poblaciones vulnerables. La auditoría forense sanitaria, además de

revelar irregularidades, contribuye a reforzar los sistemas internos y a fomentar una cultura ética institucional (Merino y Reyes, 2014).

En este contexto, la ética profesional emerge como un eje central de la contaduría y la auditoría asegurando la imparcialidad, responsabilidad e Independencia en el ejercicio de estas disciplinas. Desde sus orígenes en los antiguos y su formalización como disciplina profesional en el Reino Unido en el siglo XIX, la auditoría ha estado ligada a una función ética y fiscalizadora que es vital dentro de las organizaciones. La existencia de los códigos éticos y el accionar de las entidades regulatorias permiten que Los profesionales se ajusten a los elevados estándares de conducta, reforzando de esta manera la credibilidad pública en la información contable y en la transparencia de las instituciones (Hurtado Sora, 2014, p. 28).

Por lo tanto, pueda firmarse entonces que la ética profesional constituye un pilar fundamental en la función social de contadores y auditores. La historia ha demostrado que la carencia de los principios éticos hace más fácil la ocurrencia de fraudes y los actos de corrupción, especialmente cuando los dictámenes financieros son emitidos sin rigor ni integridad, contribuyendo de esta manera a la polimerización de delitos económicos.

2.1.1. Antecedentes de investigación

Al abordar el tema desde una mirada internacional, el “2020 Report to the Nations” de la ACFE (2020) constituye un análisis detallado de 2.504 casos de fraude ocupacional que fueron investigados entre enero de 2018 y septiembre de 2019 en 125 países. El objetivo principal de esto es profundizar en las causas, métodos, víctimas y características de quienes cometen estos delitos. La metodología que se empleó se basó principalmente en una encuesta extensiva que recoge información específica sobre cada caso, incluyendo las modalidades de fraude, los métodos de detención, la respuesta interinstitucionales y los perfiles de los

perpetradores, analizando las variables como el tamaño, sector económico y localización geográfica de las organizaciones impactadas. Este es un informe que concluye que el fraude ocupacional genera pérdidas globales estimadas en más de 3.6 mil millones, con una pérdida promedio de 125,000 por incidente y una duración media de 14 meses antes de ser detectado. Se observa que la mayoría de estos fraudes se comete por medio de desvíos individuos de activos (86%), para dominando los esquemas relacionados con facturación falsa y manejo de efectivo, en especial en pequeñas empresas en áreas sensible como operaciones, finanzas y nivel ejecutivo. los fraudes que se detectan en compañías más pequeñas, particularmente en sectores como comercio minorista, energía y salud, muestran pérdidas medianas más bajas, para efectos mucho más intensos. el análisis del perfil de los responsables señala que más del 70% son hombres, con edades entre 31 y 45 años, y que los fraudes más perjudiciales fueron llevados a Cabo por ejecutivos y propietarios con mayor antigüedad en la entidad, quienes además tienden a ejecutar esquemas de larga duración y rápido Impacto.

El estudio resalta que en una gran parte de los implicados no presenta antecedentes penales ni historial en fraudes anterior; no obstante, muestra señales de alerta conductual como un estilo de vida por encima de sus ingresos o relaciones personales cercanas con proveedores y clientes, estos son inicios que pueden facilitar su detención anticipada. Asimismo, se resalta que la existencia de políticas anticorrupción, normas ética organizacionales, programas formativos y canales seguros para denuncias se vinculan a una reducción tanto en las pérdidas como en el tiempo necesario para poder identificar los fraudes, subrayando la importancia de fortalecer la cultura corporativa y los sistemas de vigilancia y control (ACFE, 2020).

A su vez, el informe También incluye casos documentados en diferentes regiones del mundo, entre ellas Colombia, en donde se revela que la mayoría de las organizaciones

afectadas pertenecen al sector privado, aun cuando también se reportan eventos en entidades estatales y sin ánimo de lucro. en el caso particular de América Latina y el Caribe, se abarca el territorio colombiano, los fraudes representan con amenaza muy importante, con pérdidas medianas estimadas alrededor de USD 200,000 por caso registrado. En esta región, los mecanismos de detención más eficaces corresponden a las denuncias anónimas o tips (51%), que son seguidas por auditorías internas y revisiones administrativas. la tipología de fraudes observados cuarta relación directa con las prácticas corruptas, que representan el 61% de los eventos reportados, es un número considerable también asociado a esquemas de facturación, situaciones replicadas en otros sectores económicos (ACFE, 2020).

En cuanto al contexto colombiano, los principales instrumentos que se utilizan para combatir el fraude incluyen las auditorías externas sobre los estados financieros, evaluaciones internas y la implementación de códigos de ética. No obstante, gran parte de los fraudes identificados aún provienen de denuncias internas, revisiones gerenciales y de auditorías organizacionales. Igualmente, en las instituciones afectadas por fraude en la región, los perpetradores suelen ser empleados o mandos medios, siendo así notoria la frecuencia de casos atribuidos a personal con cargos intermedios o altos dentro de la jerarquía (ACFE, 2020).

De la misma manera, el trabajo elaborado por Auditoool (2015) examinó el detalle los procesos y requerimientos vinculados a la auditoría de estado financieros, que están centrados en el análisis de aspectos clave como la planificación, de aumentación y evaluación de riesgo y cumplimiento de las normativas internacionales. El propósito esencial es asegurar que la auditoría se llevará a cabo con rigor, proporcionando evidencia adecuada y suficiente que respalde la opinión del auditor y el seguro el apego a disposiciones legales, regulatorias y estándares internacionales. La

metodología que se planteó contempla varias etapas, en las cuales se destacan unas series de actividades orientadas a identificar y evaluar los riesgos del entorno, el diseño de procedimiento analítico y sustantivo para poder recolectar evidencia relevante, así como la valoración de las pertenencias y la suficiencia. Estos hallazgos evidencian la urgencia de documentar con rigor cada etapa de proceso, usando los formatos adecuados en los que se reflejen las decisiones, acciones y modificaciones y así facilitar la supervisión y revisión posterior del trabajo. Igualmente, se recalca que mediante los procedimientos analíticos e indagatorios apoyados con un buen conocimiento en los controles internos y del sistema contable, es posible verificar la consistencia y la razonabilidad de los estados financieros. La participación de los auditores internos y los especialistas externos también se considera muy útil, siempre que exista un proceso de revisión riguroso. Por lo tanto, el documento es fácil enfatiza que una teoría confiable requiere de planificación, documentación y evaluación integral.

En el estudio realizado por Merino y Reyes (2014) se profundizan en la auditoría forense como una herramienta para prevenir y detectar fraudes financieros por medio de alteraciones en estructuras contables. El objetivo central de esta es examinar la auditoría forense y su aplicación, enfocándose principalmente en empresas textiles manufacturera de la provincia de Pichincha, con el fin de identificar prácticas fraudulentas y analizar su impacto económico, social y político. La metodología de este tipo de investigación incluye el uso de cuestionarios y entrevistas para recolectar información, análisis detallado de variables y validación de hipótesis, como se expone en los apartados metodológicos, la tabulación de datos y el análisis macro. entre los resultados, obtenidos se encuentra la evaluación de encuestas aplicadas, que permite entender la dinámica empresarial relacionada

con el fraude financiero, reflejándose las diferencias entre compañías con aparente solidaridad solidez y otras más vulnerables, de acuerdo a su entorno económico y fiscal.

En el ámbito colombiano, la investigación desarrollada por Bermúdez y Villalba (2024) tuvo como propósito principal de valor como el fraude afecta la competitividad de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en Valledupar. Este es un estudio contó un enfoque positivista, con un diseño descriptivo de campo de carácter no experimental, que es dirigido a funcionarios pertenecientes a dichas IPS. Los hallazgos evidenciaron las deficiencias en la implementación de sistemas de control interno sólido que impidan la materialización de los actos fraudulentos. Se identificaron también prácticas empresariales ilícitas con repercusiones graves no solamente para las entidades sino sus propietarios, empleados, usuarios y la economía local, deteriorándose la confianza pública en los prestadores de servicios sanitarios. Este es su resultado que resalta la urgencia de la necesidad de reforzar los sistemas de control y auditoría a fin de conservar la competitividad y credibilidad del sector en la región.

En relación con la práctica de la revisoría fiscal, Hurtado (2014) hizo un análisis tanto de la auditoría financiera como de la revisoría fiscal en los conceptos colombianos, enfocándose en los objetivos, normativas aplicables y las principales diferencias. el objetivo general es clasificar el marco jurídico, su evolución histórica y la diferencias fundamentales entre ambas funciones, haciendo énfasis en la auditoría financiera y en el papel en la detención de fraudes y protección de recursos. La investigación se basó principalmente en los análisis descriptivos – comparativos de Marcos normativos nacionales e internacionales, incluyendo los NIAs y las normas colombianas sobre revisoría fiscal. Entre los resultados encontrados y los más relevantes se destaca que aunque ambas funciones surgen de una necesidad de vigilancia, la auditoría externa se orienta a emitir un juicio sobre los estados

financieros con base a las normas internacionales, mientras que la auditoría fiscal asume un papel más amplio, obligatorio en diversas entidades, que abarca la inspección evaluación de controles internos y verificación del cumplimiento normativo. Igualmente se resalta la importancia de la independencia profesional, la diferencia en los ámbitos de aplicación y los destinatarios de los informes, así como el desarrollo histórico que ha moldeado su regulación en el país.

Con respecto al fenómeno del fraden en el ámbito de la salud, Gómez (2021) se propone examinar de manera crítica porque en Colombia es muy habitual que las aseguradoras y operadores sanitarios recurren al engaño, la manipulación y las estrategias premeditadas dentro del sistema de atención gestionada, configurando así el fraude como una táctica de control de costos que impacta de manera negativa a pacientes, usuarios y clientes. Su metodología se basa principalmente en la revisión documental y analítica de fuentes oficiales, decisiones judiciales, aportes académicos y antecedentes históricos – culturales, con el objetivo de entender el origen y la persistencia de la corrupción en el sector de salud. Entre los principales hallazgos, el autor identificó patrones como la aprobación de rentas, obstáculos burocráticos para negar servicios, degradación de la calidad asistencial motivada por intereses financieros y la consolidación del fraude y de la corrupción como elementos estructurales del sistema. Estos son resultados que ponen en evidencia una atención médica desvirtuada, deterioro en la seguridad y calidad del servicio, así como la falta estructural del modelo instaurado por la Ley 100 de 1993, señalando así la urgencia de una reforma que reconozca la salud como un derecho fundamental y promueve una gestión ética, equitativa y eficaz del sistema sanitario colombiano.

En consonancia con esta temática el estudio de Franco Y Lamilla (2022) tiene como propósito principal analizar el impacto de la práctica fraudulenta y el abuso de derechos

dentro del Sistema General Integral de Salud Social colombiano, en este escenario del Estado Social de Derecho consagrado por la Constitución de 1991, examinando las responsabilidades atañen tanto a los aseguradoras como a los trabajadores. la metodología es adopta consiste en un análisis exhaustivo del marco legal vigente, un estudio de los pronunciamientos de la Corte Constitucional y la recopilación de evidencias en medio y entes de control acerca de las situaciones documentadas de fraude y abuso. Los resultados mostraron que, aun cuando se identifican casos de fraude, muchas veces no se recaban prueba suficiente ni se aplican sanciones eficientes, permitiendo liberar pólizas de forma irregular y omitir políticas de riesgo, de debilitando la protección de los trabajadores. entre los hallazgos más destacados resalta la debilidad normativa para penalizar efectivamente estos comportamientos, la deficiencia de gestión de las IPS, posibles actos de corrupción y las consecuencias vulneración de los derechos fundamentales de los afiliados, quienes frecuentemente deben recurrir acciones de tutela para poder hacer valer sus derechos a la salud. Ante este panorama, los autores surgieron que el Congreso formule una legislación que establezca sanciones claras Y coherentes con los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En su conjunto, los estudios mencionados ofrecen un marco actualizado e integrar para examinar el producto Financiero en el sector salud, particularmente enfocado en las IPS. los trabajos de Gómez (2021) y Franco Y Lamilla (2022) evidencian las formas predominantes de fraude y su normalización en el sistema sanitario colombiano, resaltando las deficiencias normativas y sus efectos sobre los derechos de los afiliados. Así mismo, investigaciones centradas en auditoría y control interno como las de Merino y Reyes (2014) y Hurtado (2014) aportaron recursos metodológicos relevantes para identificar y prevenir conductas fraudulentas. Por otra parte, el informe global presentado por la ACFE (2020)

ofrecen un panorama internacional que describe perfiles muy comunes de perpetradores y mecanismos eficientes de detención, con un potencial de adaptación al contexto nacional. Por lo tanto, estas referencias sustentan la necesidad de fortalecer la regulación, el control organizacional y la cultura ética en las IPS, facilitan un análisis integral sobre los factores que inciden en el flujo financiero y orientando medidas efectivas para su reducción.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Teoría del Triángulo del Fraude

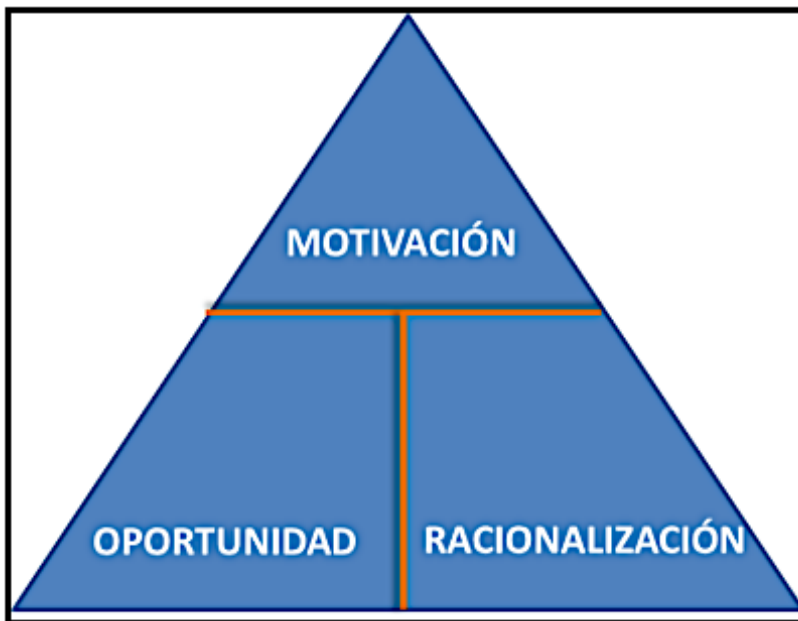
La teoría del fraude financiero, se cimienta en valores éticos y en el estudio del comportamiento humano, mediante el cual se constituye un recurso significativo para detallar y analizar las causas y los elementos que intervienen en la aparición de conductas fraudulentas dentro de las Instituciones Promotoras de Salud (IPS). Esta es una perspectiva que sostiene que el fraude no surge únicamente de las intenciones maliciosas o voluntades perversas, sino que emerge de la combinación entre las oportunidades, presiones y racionalizaciones lo que conlleva a las personas a actuar de una manera antiética. En el ámbito de la IPS, estas variables se integran o se relacionan como una respuesta a la presión por alcanzar resultados económicos, junto a la percepción de una supervisión o control institucional insuficiente, y la racionalización interna de acciones y prácticas indebidas con el fin de asegurar la sostenibilidad financiera y la calidad del servicio.

Al incorporar estas teorías, se logran interpretar como las condiciones organizativas y el accionar individual convergen para generar contextos vulnerables al fraude. La teoría enriquece el análisis al resaltar factores de riesgo importantes, como incentivos financieros, inadecuados sistemas de control interno o la ausencia de una cultura institucional ética. Asimismo, contribuye al diseño de medidas preventivas por medio del fortalecimiento de los

mecanismos de control, la formación en principios éticos y la promoción de un entorno basado en la transparencia.

El siguiente diagrama muestra los tres elementos clave que tienen influencia en el comportamiento:

Figura 1 *Elementos del triángulo de fraude*



Fuente: <https://acfe-spain.com/recursos-contrafraude/que-es-el-fraude/triangulo-del-fraude>

La figura 1 la cual presenta un esquema compuesto por tres factores esenciales que enseñan en la conducta humana: la motivación, que es entendida como el impulso hacia la acción; la oportunidad, como el entorno propicio; y la racionalización, que comprende las explicaciones que formulamos. La motivación actúa como un detonante inicial, la oportunidad como el canal que posibilita la ejecución, y la racionalización como el mecanismo que legitima nuestras decisiones.

El impulso motivacional es una fuerza interna que orienta a los individuos hacia determinados comportamientos, en una estrecha conexión con sus aspiraciones, intereses,

necesidad y objetivos personales. Constituye un componente importante tanto para iniciar una conducta como para mantenerla en el tiempo. Sin embargo, la motivación, por sí sola no garantiza la acción requiere de oportunidades, esto quiere decir, de condiciones externas que favorezcan o haga más fácil su concreción. Incluso en una fuerte motivación, la ausencia de oportunidades puede inhibir la conducta. Igualmente, las decisiones y acciones humanas suelen racionalizarse por medio de razonamientos que justifican las elecciones realizadas, a menudo determinados por la propia motivación y las oportunidades accesibles. Esto es un acto de racionalización que permita a los sujetos sentirse coherentes consigo mismo, aun en contextos difíciles o confusos. en las palabras de Ryan Y Deci (2023, p. 18); “la motivación, las oportunidades Y la racionalización interactúan de manera dinámica para influir en el comportamiento humano, siendo la motivación el motor, la oportunidad de ser facilitador Y la racionalización el mecanismo que otorga sentido y coherencia a las acciones”.

2.2.2. Teoría del Diamante del Fraude

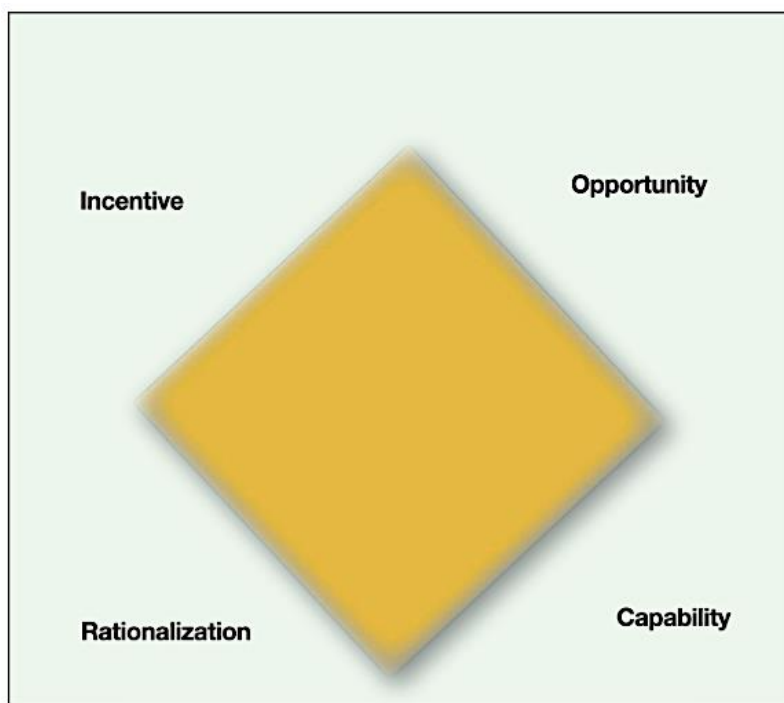
La teoría del diamante de los fraudes, que fue introducida por el criminólogo estadounidense William S. McPhee y más tarde desarrollado por investigadores como Wolfe y Hermanson (2004), constituye un marco teórico muy útil para comprender las circunstancias que propician la aparición del fraude en las organizaciones. Esta es una teoría que sostiene que el fraude no ocurre de manera aislada, sino que necesita la confluencia de cuatro elementos esenciales, representado como vértices de un “diamante” tales como la presión o incentivo, la que impulsa a la persona a cometer el acto; la oportunidad, que se refiere a la posibilidad de ejecutarlo sin ser descubierto frecuentemente debido a las fallas en los controles internos; la racionalización o justificación, que permite a los individuos

convencerse de que su comportamiento es aceptable o necesario; y la capacidad, es decir, el conocimiento y las habilidades requeridas para ejecutar y encubrir fraude (CPA, 2014).

La presencia de la simultaneidad de estos factores incrementa notablemente el riesgo de la ocurrencia de fraudes. En el ámbito del sistema de salud colombiano, esta es una teoría que resulta pertinente para poder identificar las condiciones que favorezcan situaciones como el cobro indebido, la desviación de recursos o el exceso de tratamientos. El comprender estos factores permite diseñar estrategias preventivas que estén encaminadas a mitigar su presencia. Por ejemplo, el fortalecimiento de los mecanismos de control, el fomento de la cultura ética y una vigilancia estrecha de los actores involucrados puede reducir tanto la oportunidad como la racionalización del fraude, dificultando así su ejecución (Auditool, 2024). Este es un enfoque teórico que entiende el fraude como un producto de la interacción entre presión e incentivo, oportunidad, racionalización y capacidad. La aparición de los cuatro componentes de forma conjunta eleva considerablemente la posibilidad de esta ocurrencia; sin embargo, al reducir o eliminar algunos de estos elementos, la posibilidad de que el fraude se concrete disminuye de manera significativa (Ryan y Deci, 2023).

La Figura 2, representa un esquema que ilustra los cuatro elementos fundamentales del diamante de fraude: *Incentive*, *Opportunity*, *Rationalization* y *Capability*. Estos son componentes, que cuando coexisten en un entorno determinado, aumentan la probabilidad de que se produzca un acto fraudulento:

Figura 2 *El Diamante del Fraude*



Nota. La capacidad incluye posición/función, habilidades mentales, confianza/ego, habilidades de coerción, mentira efectiva e inmunidad al estrés. Fuente: (Wolfe y Hermanson, 2004), *Recuperado de:* <https://www.cpajournal.com/2024/06/10/the-fraud-diamond/>

De acuerdo con Santos (2016), analizar el fenómeno del fraude desde la mirada del autor del delito ha despertado intereses múltiples campos del conocimiento, entre ellos la criminología, la contaduría la auditoría y la psicología. Aun cuando tradicionalmente se ha recurrido a la teoría del Triángulo del fraude, que está centrada en los elementos de presión, oportunidad y racionalización, se ha vuelto evidente que para una comprensión mucho más profunda es necesario incorporar nuevos factores. En especial, se plantea la inclusión del conocimiento, la motivación y la innovación como componentes clave para poder abordar y prevenir el fraude de manera integral.

Desde una perspectiva de gestión organizacional, en particular en sintonía Con los principios propuestos por Deming, estas son variables que adquieren un rol fundamental. El conocimiento se vincula con los procesos de formación y el desarrollo del talento humano, lo que contribuye al entendimiento de las políticas y a los controles internos, limitando así la ocurrencia de los fraudes. Por otro lado, la motivación resulta un determinante para poder fomentar un entorno organizacional ético y comprometido, en donde predomina en actitudes responsables y emocionalmente positivas que desincentiven comportamientos impropios.

2.2.3. Teoría de la Agencia

La teoría de la agencia representa un marco analítico que es vital para poder interpretar las dinámicas de delegación y supervisión del instituto tipos de organizaciones, como empresas, instituciones educativas entidades gubernamentales. Esta es una teoría que fundamenta en la premisa de que un principal (accionista o propietario) designa a un agente (director o administrador) para poder ejecutar ciertas tareas en su nombre, estableciendo así una relación contractual basada en la asignación de funciones y deberes (Mackenzie et al., 2013). Su relevancia radica en la necesidad de armonizar nos interesa también aparte con el objetivo de optimizar el desempeño organizacional y reducir los costos vinculados con dicha delegación (Hendrastuti y Harahap, 2023).

En la esfera administrativa, en especial en lo relacionado con la gestión de recursos públicos, la relación entre principal y agente se evidencia entre el estado (principal) y los funcionarios instituciones encargadas de administrar recursos públicos (agentes). En este sentido, el Estado transfiere la ejecución de políticas públicas y la administración de fondos a dichos agentes, quienes deben actuar en función del bien común (Martínez et al., 2016). No obstante, esta es una relación que no está extensa de dificultades, particularmente asociadas

a la simetría de información y los conflictos de interés. La primera se presenta cuando el agente posee mayor conocimiento sobre sus acciones que el principal, dificultando así su monitoreo. La segunda surge cuando los fines de la gente difieren de los de los principal, favoreciendo así acciones oportunistas que podrían ir en contra del interés general (Quintero et al., 2020).

Estos son factores que crean un entorno propenso a riesgo, en donde la confianza se ve debilitada y el control sobre la gente se complica favoreciendo así las prácticas indebidas como el fraude financiero. en el caso de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS), esta teoría resulta muy útil para explicar cómo ciertas condiciones pueden facilitar la desviación de recursos o la alteración de la información con fines personales, en detrimento de la transparencia y la eficiencia institucional (Bueno y Santo, 2012).

Por esta razón, aplicar este enfoque al estudio del fraude financiero en las IPS implica reconocer la importancia de establecer mecanismos sólidos de supervisión, rendición de cuentas y transparencia, con el fin de disminuir la asimetría informativa, alinear los intereses entre agentes y principales, y así poder prevenir actos fraudulentos y mejorar el manejo de los recursos públicos en el sistema de salud.

2.2.4. Teoría de los Sistemas de Control Interno

La Teoría de los Sistemas de Control Interno plantea que el control interno debe entenderse como un proceso laboral e integrado, en el cual el propósito principal es facilitar a las organizaciones el logro de sus metas, garantizando así la eficiencia y la eficacia operativa, asegurando la veracidad de la información financiera y velar por el cumplimiento de las normativas legales y regulatorias de higiene (Franco, 2020). Desde la perspectiva conceptual, el control interno no se concibe como un conjunto de las acciones aisladas, sino

como un sistema integrado que, al funcionar de forma conjunta, habilitando la gestión efectiva del riesgo y fortalecen la transparencia y la legitimidad de las actividades organizacionales.

De acuerdo con la documentación que fue estudiada, el Sistema de Control Interno se sustenta por cinco componentes esenciales que interactúan de una manera integral, como se resume en la tabla 1:

Tabla 1 *Componentes esenciales de los sistemas de control interno*

Componente	Descripción
Ambiente de Control	Es la base fundamental para el sistema de control interno. Incluyendo el conjunto de las normas, los valores, las actitudes y las acciones del personal de una organización que tienen influencia en la conciencia del control y en el comportamiento ético. Un ambiente de control adecuado fomentando la disciplina, la integridad y el compromiso con los objetivos institucionales, sirviendo como un marco para el resto de los componentes del control.
Evaluación de Riesgos	La evaluación de los riesgos es un proceso esencial que permite identificar y analizar los factores que pueden impedir el cumplimiento de la misión y los objetivos de la organización. Incluyendo en la detección, valoración, determinación de la tolerancia y el diseño de las respuestas adecuadas. Gestionar proactivamente estos riesgos ayuda a anticipar eventos adversos que podrían causar pérdidas financieras o afectar la integridad de la información.
Actividades de Control	Conjunto de políticas, procedimientos y mecanismos implementados en todos los niveles y las áreas para poder mitigar los riesgos. Incluyendo la segregación de las funciones, autoridades, conciliaciones y los controles físicos, orientados a prevenir los errores y los fraudes, garantizando la correcta ejecución de los procesos y el cumplimiento de los objetivos institucionales.
Información y Comunicación	Pilares fundamentales del sistema de control interno que hace más fácil la recepción y el intercambio oportuno de la información relevante para la toma de decisiones y la aplicación de los controles. Un flujo transparente y la eficaz promueven la sensibilización sobre riesgos, mejora la coordinación interna y favorece la detección temprana de irregularidades, fortalecimiento la gestión institucional.
Supervisión	Comprende actividades continuas y valuaciones puntuales que aseguran la vigencia y la efectividad de los controles internos. La supervisión permite identificar de forma oportuna deficiencias, facilitando ajustes y mejoras necesarias para optimizar la eficiencia del sistema y el cumplimiento de los objetivos organizacionales.

Fuente: (Salnave Sanín, M., & Lizarazo Barbosa, J. 2017).

Es importante destacar que el ecosistema de control interno juega un papel importante en la prevención del fraude financiero al incorporar mecanismos que permitan detectar y mitigar tempranamente las conductas fraudulentas. Un entorno organizacional que está fundamentado en principios éticos y de integridad contribuye a disminuir la motivación para cometer fraudes, mientras que la identificación y evaluación de los recursos posibilita reconocer vulnerabilidades particulares. Las acciones de control establecen medidas concretas que dificultan consumación de fraudes, y una comunicación efectiva que garantice que las señales de dependencia sean difundidas y analizadas oportunamente. Asimismo, la supervisión permanente asegura la adaptación y la mejora continua del sistema frente a nuevos riesgos emergentes (Mesicic, 2016).

Desde este enfoque se plantea un marco conceptual que permite examinar cómo los componentes del control interno inciden en la aparición o prevención del fraude financiero en las IPS. La articulación de elementos como el entorno de control, la identificación de los riesgos financieros, el diseño e implementación de controles adecuados, la comunicación fluida, y la supervisión continua, conforman un conjunto de prácticas imprescindibles para anticipar y evitar conductas irregulares. Una aplicación sólida y sistemática de estos elementos puede disminuir de manera significativa la ocurrencia de fraudes, reforzando así la transparencia institucional y garantizando una gestión financiera eficaz en la entidad de salud u objeto de estudio.

2.2.4. Teoría de la Auditoría Forense

La auditoría forense es una especialidad dentro del campo de la auditoría, que está internamente relacionado a la contabilidad investigativa, que como objetivo principal detectar y enfrentar conductas ilícitas con el fraude y la corrupción, especialmente lo que están representados en enfoques vulnerables como los sectores financieros y económicos (Zhapa, 2022). De acuerdo con Izquierdo (2016), esta es una disciplina que está sustentada en teorías elaboradas por diversos especialistas, con el fin de dotarla al auditor de herramientas y conocimientos necesarios para identificar fraudes por medio de método técnico, organizando la investigación en etapas definidas que garantice el desarrollo efectivo. En este marco, la teoría de la auditoría forense está orientada tanto a la planificación como a la ejecución de procedimientos de diseño para descubrir regularidades y aportar pruebas válidas con valor legal, siendo esencial que el auditor forense cuente con la competencia del conocimiento profundo requeridos para asegurar la credibilidad y la utilidad del informe final (Puché y Velasco, 2018).

En el contexto del sector salud, la auditoría forense debe abordar aspectos específicos como la investigación de fraudes internos, el apoyo a procesos judiciales y la revisión documental detallada, conforme a la normativa vigente para las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y el ámbito público. El principio de rector consiste en recolectar evidencias sólidas acerca de la comisión o probabilidad de fraude empleando herramientas como entrevistas, análisis documental riguroso y evaluación de patrones e indicadores. Los procedimientos adoptados incluyen desde la revisión detallada de documentos hasta las técnicas analíticas para detectar señales de irregularidad. Estas son herramientas que deben ser pertinentes, eficientes y acordes con la recolección de pruebas válidas y relevantes para

prevenir o sancionar actos ilícitos. El informe resultante debe contener elementos concretos como fechas, destinatario, introducción con objetivos y alcance, análisis de los hallazgos con identificación de responsables y pruebas, y debe estar dirigido a directivos, autoridades judiciales y antes de control (ASF, 2011).

Por consiguiente, tanto el auditor como el revisor fiscal ejercen un rol estratégico para la detección y prevención del fin del financiero dentro de la IPS, actuando como expertos en control de gestión y fiscalización de las operaciones contables. Su labor consiste en aplicar técnicas forenses en auditorías para tratar infracciones financieras, reconociendo el marco normativo que rige su función, en especial en el sector de la salud. Asimismo, deben elaborar informes fundamentados que brinden a la administración y a los entes judiciales las bases necesarias para poder tomar decisiones e imponer sanciones cuando sea pertinente. El ejercicio fiscal de su función contribuye directamente al fortalecimiento del sistema de control y a la reducción de factores de riesgo que favorezcan (Asociación Internacional de Contabilidad, 2024).

De esta manera, la teoría de la auditoría forense, al proporcionar fundamentos claros, metodologías rigurosas y herramientas específicas, se convierte en una en uno de los recursos analíticos y operativos esenciales para poder examinar los factores que propician el fraude en las IPS. En consecuencia, la preparación especializada del auditor y el revisor fiscal le permite detectar vulnerabilidades institucionales, debilidades en los controles y comportamientos fraudulentos que afectan la eficiencia financiera. Igualmente, la estructura metodológica del informe, al presentar los hallazgos con evidencia clara, facilita su interpretación evaluación y mitigación del fraude impulsando la transparencia y el comportamiento de La regulación vigente. El conocer el marco normativo y las particularidades del sistema de salud tanto público como privado, resulta imprescindible para

que el auditor pueda aplicar criterios apropiados y aportar su peritaje en litigios relacionados con fraudes financieros.

2.4. Marco legal

Normatividad nacional

Ley 1474 de 2011: Estatuto Anticorrupción.

Esta ley establece un marco integral para lograr prevenir, investigar y sancionar los actos de corrupción en Colombia, fortaleciendo así la transparencia en el sector público. Contiene los mecanismos específicos para la lucha contra la corrupción, incluyendo tanto las medidas de control como auditoría para promover la legalidad y probidad administrativa especialmente en sectores críticos como el de la salud.

Ley 43 de 1990: Normas sobre la profesión de contador público.

Regula el ejercicio de la profesión contable en Colombia, estableciendo los requisitos y los principios que deben seguir los contadores públicos. Igualmente define las responsabilidades en la preparación, aseguramiento y presentación de la información financiera, lo cual es fundamental para la transparencia y control en las entidades públicas y privadas.

Ley 100 de 1993 Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Esta ley crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, estableciendo los principios, organización y funcionamiento del sistema que garantiza la protección en salud a la población. Asimismo, promueve los mecanismos de control, supervisión y regulación para asegurar la transparencia y eficiencia en la prestación de servicios de salud.

Decreto 2420 de 2015: Normas de aseguramiento de la información.

Regula los estándares técnicos para la preparación y presentación de la información financiera y administrativa en el sector público, en concordancia con las normas internacionales. Facilitando la convergencia hacia prácticas contables y de auditoría de alta calidad, contribuyendo así a un mejor control y monitoreo de los recursos públicos.

Normas Internacionales de Auditoría (ISA, IFAC).

Son los estándares emitidos por la Federación Internacional de Contadores (IFAC) que establecen las directrices y los requisitos para la realización de las auditorías financieras y de control, asegurando la calidad, la objetividad y la transparencia en la auditoría en todo el mundo, incluyendo el sector público 29.

COSO: Marco de control interno.

El modelo COSO es un marco integral que es reconocido internacionalmente para diseñar, implementar y evaluar los sistemas de control interno en las organizaciones. Su objetivo es mejorar la eficiencia operativa, la confiabilidad de la información financiera y el cumplimiento de las leyes y las regulaciones, siendo fundamental de alto riesgo como el sector salud.

2.5. Marco conceptual

Fraude financiero

El fraude financiero comprende acciones ilícitas que afectan de forma negativa la administración económica de una entidad, caracterizada por la manipulación, omisión o distorsión de la información con el objetivo de obtener beneficios personales o derivar recursos internacionales (Zhapa, 2022). Entre estas modalidades la más común se encuentra la profesión indebida de fondo, falsificación de documentos y la generación de sobre costos irregulares en el proceso administrativo o contractuales (Bermúdez y Villamizar, 2024;

Izquierdo 2016). Estas son prácticas que provocan importantes pérdidas económicas y erosiona la confianza en las instituciones.

IPS (Instituciones Prestadoras de Salud)

Las Institución Prestadoras de Salud (IPS) son entidades encargadas de ofrecer servicios asistenciales a la población, operando tanto en el ámbito público como en el privado. Estas cumplen con una función vital en la atención médica y en la gestión de recursos asignados al sector salud. Dada la complejidad de sus procesos y las estructuras, estas organizaciones presentan una alta exposición a las posibles irregularidades financieras. Lo que exige contar con mecanismos de control que sean eficaces que garanticen la rendición de cuenta y la transparencia (Bermúdez y Villamizar, 2024; Merino y Reyes, 2014).

Control interno

El control interno es definido como el conjunto de procedimientos y mecanismos implementados para lograr garantizar la correcta gestión administrativa, operativa y financiera de una organización. Sus elementos incluyen la supervisión, las políticas claras y la evaluación continua de procesos con el propósito de prevenir errores, fraudes y garantizar el cumplimiento normativo (Díaz y Mora, 2013; Merino y Reyes, 2014). El principal objetivo es proteger los activos y mejorar la eficiencia institucional.

Auditoría forense

La auditoría forense es una de las ramas especializadas de la auditoría que está enfocada en la investigación y la detección de los actos ilícitos, como el fraude y la corrupción, por medio de técnicas contables, legal y administrativa (Zhapa, 2022). A diferencia de la auditoría tradicional, la cual evaluar la razonabilidad de la información financiera, auditoría forense busca pruebas contundentes con fines legales y judiciales, estructurando así investigaciones en fases claras Y produciendo informes detallado que

reporten acciones judiciales (Izquierdo, 2016; Asociación Internacional de Contabilidad, 2024).

Gestión de riesgos

La gestión de los riesgos implica la identificación, en la evaluación y la mitigación de las amenazas que puedan afectar de manera directa el cumplimiento de los objetivos institucionales, en particular en el sector de la salud en donde se deben prevenir fraudes y garantizar la calidad de los servicios. Esta gestión busca fortalecer los controles operativos y financieros para poder minimizar y vulnerabilidades internas y asegurar la sostenibilidad organizacional (Merino y Reyes, 2014; Bermúdez y Villalba, 2024).

Ética profesional

La ética profesional en contaduría y auditoría está basada en los principios como integridad, objetividad, confiabilidad y competencia, fundamentales para poder mantener la credibilidad y confianza en la información financiera (Hurtado Sora, 2014). Su aplicación rigurosa es clave para poder lograr prevenir los actos de corrupción y fraudes, garantizando de esta manera que las profesionales actúen con responsabilidad y profesionalismo en todas las funciones (Hurtado, 2014).

Cultura organizacional

La cultura organizacional se refiere al conjunto de los valores, normas y prácticas compartidas que tienen influencia en el comportamiento de los miembros de una institución. Una cultura organizacional sólida, la cual promueve la transparencia y el rechazo a los fraudes, es esencial para poder lograr prevenir irregularidades dentro de las organizaciones, fomentando un ambiente ético y de control efectivo (Bermúdez y Villalba, 2024).

Transparencia y rendición de cuentas

La transparencia se define como la apertura y la claridad en la gestión pública y privada, facilitando de esta manera el acceso a la información para lograr evitar las prácticas corruptas. La rendición de cuentas implica la obligación de justificar las decisiones y resultados ante los stakeholders y autoridades. En el sector público, estos principios son esenciales para fortalecer la confianza social y asegurar el uso adecuado de los recursos (Bermúdez y Villamizar, 2024).

Auditoría integral

La auditoría integral es un enfoque que combina tanto los aspectos financieros como los operacionales y los legales para evaluar globalmente la gestión de la entidad. En el sector de la salud, esta es una auditoría que permite identificar y prevenir irregularidades complejas, complementando la auditoría tradicional y la auditoría forense. Su función es fortalecer la transparencia y la sostenibilidad institucional por medio del Análisis completo y recomendaciones efectivas (Angulo, 2021).

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Tipo de estudio

Para el proceso metodológico se adapta Un diseño de estudio descriptivo y exploratorio, con el objetivo de analizar los factores que inciden en la ocurrencia del fraude. Este es un tipo de estudio que permite Identificar y caracterizar las categorías relacionadas con el fenómeno, sin manipular intencionalmente los factores observados, particularmente útil en contextos donde la comprensión del problema permite establecer bases sólidas Para futuras intervenciones (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque metodológico escogido es cualitativo, para describir y analizar la magnitud de los riesgos y las percepciones asociadas al fraude Financiero en la IPS. Este igualmente, Busca explorar la dinámica organizacional y los factores subjetivos que inciden en la comisión de los fraudes. Esta estrategia busca una visión integral de la problemática, lo que se recomienda en estudios relacionados con la gestión de riesgos empresariales (Creswell, 2014).

3.3. Método de la investigación

Se opta por el estudio de casos método de análisis de la IPS, clínica de la Costa, lo que posibilita examinar de manera profunda los procesos, la estructura de la organización y las prácticas administrativas involucradas en la gestión financiera y prevención del fraude (Yin, 2018). Asimismo, se aplican herramientas de análisis documental y recolección de datos primarios para triangular la información.

3.4. Población

La población se conforma, en la revisión de documentos obtenidos de las diferentes áreas administrativas, contables y de auditoría, con el apoyo de información relevante de los procesos de control interno.

3.5. Muestra

Para efecto del estudio, se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a los actores que intervienen en los procedimientos de manejo financiero y control interno de la institución. Los participantes incluyen jefes de área, auxiliares administrativos, auditores internos y revisores fiscales, lo que garantiza la representación de los distintos niveles jerárquicos y funciones involucradas en la prevención y detención del fraude (Zhapa, 2022).

3.6. Fuentes y técnicas para la recolección de Información

La investigación recurre a fuentes primarias y secundarias. Las primarias destacan la información relacionada con la practicas de control riesgos existentes (Anexo 3). Las fuentes secundarias incluyen la revisión de manuales, políticas, informes y normativas relevantes, aplicando técnicas de análisis documental que faciliten la triangulación de la información y validan los resultados obtenidos durante el estudio (Izquierdo 2016).

4. Esquema temático

4.1. Identificar las responsabilidades legales y éticas del auditor y revisor fiscal en la detección de las irregularidades financieras respecto al fraude

Normas internacionales de auditoría (NIA)

La NIA 240 establece que el auditor tiene la responsabilidad de obtener seguridad razonable de que los estados financieros están libres de incorrección material causada por fraude. Esta norma define dos tipos de incorrecciones intencionadas: la información financiera fraudulenta y la apropiación indebida de activos. El auditor debe mantener una actitud de escepticismo profesional durante toda la auditoría, reconociendo la posibilidad de que exista una incorrección material debida a fraude.

La NIA 250 exige que el auditorio tenga entendimiento suficiente sobre el marco legal y regulatorio aplicar a la entidad, así como el grado de cumplimiento dentro de las organizaciones. En el contexto de las IPS, esto incluye el cumplimiento de regulaciones específicas de salud, la observancia de los estándares obligatorios para la facturación médica electrónica y el envío de informes periódicos a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a la normativa vigente. Estas obligaciones están respaldadas por las directrices oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

La NIA 315 obliga al auditor a que identifique y valore los riesgos de errores materiales mediante la comprensión de la entidad y su entorno, incluyendo el control interno. En el caso de la IPS, esto implica analizar específicamente los procesos de relacionados con la facturación médica, la gestión de las historias clínicas y el sistema de información hospitalaria.

4.1.1. Normatividad nacional colombiana

La Ley 43 de 1990 establece que el contador público, al desempeñar sus funciones, debe actuar conforme a los principios de ética profesional y aplicar su juicio y su criterio para decidir cuáles principios de contabilidad generalmente aceptadas son aplicables en cada situación. En particular, el artículo 10 señala la responsabilidad que tienen el contador público de identificar errores e irregularidades.

La Ley 1314 de 2009 introdujo en Colombia la adopción de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), determinando que las entidades clasificadas en el Grupo 1 (como muchas IPS) deben aplicar normas internacionales tanto en auditoría como en aseguramiento. Dentro de estas, se incluye la Norma Internacional de Auditoría (NIA) 240 para la detección de fraudes.

Decreto 2420 de 2015 compiló las Normas de Aseguramiento de la Información (NAI), estableciendo que los trabajos de auditoría deben realizarse bajo estándares internacionales. Para las IPS, esto significa aplicar procedimientos específicos de auditoría que consideren los riesgos particulares del sector salud.

La Ley 222 de 1995 define las funciones del revisor fiscal, incluyendo la certificación de que los actos de los administradores se ajustan a los estatutos y a las decisiones de la asamblea o junta directiva, y que la correspondencia, los comprobantes de las cuentas y los libros de actas y de registro de acciones se llevan y conservan debidamente.

4.1.2. Normatividad específica del sector salud

Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableciendo mecanismos de control y vigilancia que incluyen auditorías médicas y financieras. Las IPS

deben cumplir con requisitos específicos de habilitación y calidad que impactan directamente en sus procesos financieros.

Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud estableció el Manual de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, definiendo procedimientos específicos para la evaluación de la gestión de calidad y el uso adecuado de recursos en las IPS.

4.1.3. Responsabilidades legales específicas

Del auditor externo

Planificación y Evaluación de Riesgos: El auditor debe desarrollar un plan de auditoría que identifique específicamente los riesgos de fraude en el contexto de una IPS. Esto incluye evaluar el riesgo de sobrefacturación a las EPS, la apropiación indebida de medicamentos e insumos médicos, y la manipulación de registros de atención para generar facturación fraudulenta.

Procedimientos de auditoría específicos:

- Confirmación directa con las EPS sobre facturación presentada vs. servicios autorizados
- Análisis de la consistencia entre registros médicos e historias clínicas con la facturación generada
- Revisión de la segregación de funciones entre personal médico y administrativo
- Evaluación de controles sobre el manejo de medicamentos de alto costo
- Análisis de transacciones con partes relacionadas que puedan generar conflictos de interés

Comunicación y reporte: Cuando el auditor identifica indicios de fraude, debe comunicar inmediatamente a la alta dirección y al comité de auditoría. En el caso de las IPS, también debe evaluar la necesidad de comunicar hallazgos a la Superintendencia Nacional de Salud, especialmente cuando involucren el uso inadecuado de recursos del sistema de salud.

Del revisor fiscal

Supervisión permanente: El revisor fiscal de una IPS debe ejercer vigilancia continua sobre operaciones específicas como: procesos de facturación médica, manejo de inventarios de medicamentos e insumos, cumplimiento de protocolos de atención, y adecuado registro de procedimientos médicos. Esta supervisión debe documentarse mediante informes periódicos que evidencien el seguimiento a indicadores de gestión y alertas tempranas de posibles irregularidades.

Certificación y dictamen: El revisor fiscal debe certificar mensualmente que los estados financieros han sido tomados fielmente de los libros de contabilidad, que las operaciones registradas se ajustan a los estatutos y decisiones de los órganos competentes, y que la correspondencia, comprobantes y libros se llevan y conservan debidamente. En el contexto de las IPS, debe validar específicamente que la facturación generada corresponde efectivamente a servicios prestados y debidamente soportados.

Reporte de irregularidades: Cuando identifique irregularidades que puedan constituir fraude, el revisor fiscal debe reportar inmediatamente a la asamblea de accionistas o junta directiva, y evaluar la necesidad de comunicar a autoridades como la Superintendencia Nacional de Salud, la Superintendencia de Sociedades, o la UIAF cuando se trate de operaciones sospechosas.

4.1.2. Responsabilidades éticas fundamentales

Principios éticos aplicados al sector salud

Integridad en el contexto de las IPS: La integridad requiere que el auditor y revisor fiscal mantengan honestidad absoluta al evaluar la veracidad de la información médica y financiera. Esto implica no aceptar explicaciones superficiales sobre inconsistencias en la facturación médica, verificar físicamente la existencia de equipos médicos registrados como activos, y validar que los procedimientos facturados efectivamente se realizaron según los estándares médicos apropiados.

Objetividad e independencia: En las IPS, la objetividad se ve particularmente desafiada por la presión de cumplir indicadores de gestión hospitalaria y metas financieras. El auditor debe mantener independencia frente a presiones para "flexibilizar" criterios de auditoría sobre facturación dudosa o procedimientos médicos no completamente documentados. Debe evaluar si existen conflictos de interés entre médicos que prescriben tratamientos y empresas proveedoras de insumos médicos.

Competencia profesional en auditoría de salud: La auditoría de IPS requiere conocimientos especializados sobre: terminología médica y códigos de procedimientos (CIE-10, CUPS), regulación del sector salud, sistemas de información hospitalaria (HIS), procesos de habilitación y acreditación, y mecanismos de pago del sistema de salud (capitación, evento, paquetes integrales).

Confidencialidad médica y financiera: El auditor debe manejar información sensible de pacientes cumpliendo con la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales y el secreto profesional médico. Debe establecer procedimientos que permitan validar la

información sin comprometer la privacidad de los pacientes, utilizando técnicas de anonimización cuando sea necesario.

Dilemas éticos específicos

Conflicto entre rentabilidad y calidad: Cuando la IPS enfrenta presión financiera, puede existir tensión entre mantener la calidad de la atención y optimizar resultados económicos. El auditor debe evaluar si las decisiones de la administración priorizan apropiadamente el bienestar del paciente, verificando que no se comprometa la calidad por reducir costos de manera inadecuada.

Presión de Stakeholders del Sistema de Salud: Las IPS operan bajo presión constante de EPS, reguladores y pacientes. El auditor debe mantener independencia frente a presiones externas que busquen influir en sus conclusiones sobre la gestión financiera o la calidad de la atención.

4.1.4. Detección de irregularidades financieras específicas

Tipos de irregularidades financieras en IPS

Irregularidades en procesos de facturación: Las IPS pueden presentar inconsistencias en sus procesos de facturación que requieren detección oportuna por parte del auditor y revisor fiscal. Estas incluyen errores en codificación de procedimientos, inconsistencias entre servicios prestados y facturados, y falta de soporte documental adecuado.

Irregularidades en el manejo de recursos: Incluyen el manejo inadecuado de inventarios médicos, inconsistencias en el registro de activos, problemas en la segregación de funciones, y deficiencias en los controles sobre el manejo de efectivo y equivalentes.

Procedimientos de detección especializados

El análisis de datos médicos comprende diversas estrategias para garantizar la transparencia y calidad en la gestión clínica. Se realiza la comparación de patrones de prescripción médica respecto a los estándares de práctica, el análisis de correlaciones entre diagnósticos registrados y procedimientos facturados, y la evaluación de consistencia entre los tiempos de procedimiento registrados y los estándares médicos aceptados. Asimismo, se monitorean readmisiones y complicaciones con el propósito de identificar posibles deficiencias en la atención ofrecida.

La validación de la información clínica se apoya en el muestreo estadístico de historias médicas para confirmar la correspondencia con la facturación, complementándose con la verificación directa con los pacientes sobre los servicios recibidos, siempre manteniendo la confidencialidad. También se analizan las prescripciones médicas comparándolas con los inventarios de medicamentos dispensados y se evalúa la coherencia entre la severidad de los diagnósticos y los recursos utilizados.

Por su parte, el análisis financiero especializado incluye la comparación de indicadores financieros con benchmarks del sector salud y el estudio de márgenes por cada línea de servicio médico. También abarca la evaluación de cuentas por cobrar, especialmente en lo relativo a glosas y objeciones planteadas por las EPS, así como el análisis de la rotación de inventarios médicos y farmacéuticos para identificar oportunidades de mejora en los procesos administrativos y operativos.

4.1.5. Limitaciones y desafíos específicos del sector

Complejidad técnica del sector salud

Terminología y Procesos Médicos: La auditoría de IPS requiere entendimiento de terminología médica compleja, códigos de diagnóstico y procedimiento, y protocolos clínicos. Esta complejidad puede dificultar la identificación de irregularidades por parte de auditores sin formación médica especializada.

Sistemas de Información Fragmentados: Las IPS típicamente manejan múltiples sistemas: historia clínica electrónica, sistema de facturación, inventarios, gestión hospitalaria y contabilidad. La integración limitada entre estos sistemas puede dificultar la trazabilidad de transacciones y la identificación de inconsistencias.

Regulación Cambiante: El sector salud está sujeto a cambios regulatorios frecuentes en tarifas, procedimientos de facturación y requisitos de calidad. Esto requiere actualización constante del conocimiento regulatorio y adaptación de procedimientos de auditoría.

Limitaciones de Acceso a Información

Confidencialidad Médica: Las restricciones de confidencialidad médica pueden limitar el acceso del auditor a información detallada de pacientes necesaria para validar completamente la facturación y los procedimientos realizados.

Resistencia del Personal Médico: El personal médico puede oponerse a los procesos de auditorías que perciban como una crítica de su criterio profesional, lo que limita la cooperación requerida para llevar a cabo los procedimientos de auditoría efectivos.

4.1.6. Consecuencias del incumplimiento

Sanciones Regulatorias Específicas

Superintendencia Nacional de Salud: Tiene la facultad de imponer sanciones que van desde amonestaciones hasta la revocación del permiso para funcionar como IPS. Las sanciones incluyen multas de hasta 2.000 salarios mínimos mensuales legales vigentes y pueden resultar en la exclusión del sistema de salud.

Junta Central de Contadores: Puede imponer sanciones disciplinarias que incluyen suspensión de la tarjeta profesional por 3 meses a 5 años, o cancelación definitiva en casos graves. Para revisores fiscales, puede inhabilitar para ejercer esta función específica.

Responsabilidad Civil y Penal

Responsabilidad Civil: Los auditores y revisores fiscales pueden ser demandados civilmente por daños causados a terceros (EPS, pacientes, accionistas) por no detectar fraudes que razonablemente debieron identificar. Las indemnizaciones pueden ser significativas, especialmente cuando involucran recursos del sistema de salud.

Responsabilidad Penal: En casos de complicidad o negligencia grave en la detección de fraude, pueden enfrentar cargos penales por delitos como peculado por apropiación (Artículo 397 del Código Penal) o fraude procesal (Artículo 453).

4.1.7. Elementos visuales complementarios

Tabla 2 *Tabla comparativa: responsabilidades auditor vs. Revisor fiscal*

Aspecto	Auditor Externo	Revisor Fiscal
Periodicidad	Anual	Permanente
Alcance	Estados financieros	Operaciones integrales
Reporte	Dictamen de auditoría	Informes continuos

Aspecto	Auditor Externo	Revisor Fiscal
Responsabilidad legal	Opinión razonable	Certificación y vigilancia
Detección fraude	Seguridad razonable	Supervisión continua
Comunicación	Administración y usuarios	Órganos sociales y autoridades
Independencia	Contrato temporal	Elección por asamblea
Especialización IPS	Requerida para sector	Obligatoria por complejidad

Fuente: Elaboración propia

La tabla 2, muestra las principales diferencias entre las responsabilidades del auditor externo y el revisor fiscal en el ámbito de las instituciones de salud. El auditor externo realiza sus trabajos de manera anual y focaliza su análisis en los estados financieros, presentando un dictamen de auditoría y asumiendo una responsabilidad legal limitada a una opinión razonable, con seguridad razonable en la detección de fraudes. En contraste, el revisor fiscal mantiene una supervisión permanente sobre operaciones integrales, emite informes continuos, certifica y vigila el cumplimiento regulatorio, y realiza una supervisión continua para la prevención y detección de fraudes. Además, el auditor externo suele tener un contrato temporal y su especialización es requerida por sector, mientras que el revisor fiscal es elegido por asamblea, participa en órganos sociales, y su especialización en el sector salud es obligatoria debido a la complejidad de las operaciones.

Tabla 3 *Matriz de responsabilidades del auditor y revisor fiscal por área*

Área Funcional	Tipo de Irregularidad	Responsabilidad Auditor	Responsabilidad Revisor	Procedimiento de Detección
Facturación	Errores de codificación	Pruebas sustantivas anuales	Supervisión continua	Análisis códigos vs. procedimientos
Facturación	Falta de soporte	Revisión de muestras	Verificación mensual	Confirmación documental

Inventarios	Diferencias físicas vs. contables	Observación conteos	Arqueos periódicos	Conteos físicos
Nómina	Inconsistencias en registros	Pruebas analíticas	Verificación continua	Confirmación con RRHH
Compras	Falta de autorización	Revisión de controles	Supervisión aprobaciones	Análisis de autorizaciones
Tesorería	Conciliaciones pendientes	Revisión conciliaciones	Supervisión diaria	Confirmaciones bancarias
Activos	Registro inadecuado	Verificación física	Supervisión de altas/bajas	Inspección física

Fuente: elaboración propia

La matriz de responsabilidades del auditor y revisor fiscal por área funcional exponen cómo se distribuyen las tareas de control y supervisión en diferentes procesos clave de la organización. El auditor externo realiza pruebas, revisiones y verificaciones de manera periódica, como pruebas sustantivas anuales, revisión de muestras o conciliaciones, para identificar errores de codificación, falta de soporte, diferencias físicas en inventarios, inconsistencias en nómina, falta de autorización en compras, conciliaciones pendientes en tesorería y registros inadecuados en activos. Por su parte, el revisor fiscal mantiene una verificación y supervisión continua en cada área funcional, a través de procedimientos como análisis de códigos y procedimientos, confirmaciones documentales, archivos periódicos, confirmaciones con recursos humanos, análisis de autorizaciones, confirmaciones bancarias y supervisaciones de altas y bajas, complementados por inspección física o conteos cuando sea necesario. Así, ambos roles son complementarios y permiten una mayor cobertura y profundidad en la gestión de riesgos e irregularidades

Figura 3 *Flujograma: Proceso de Detección y Reporte de Irregularidades*

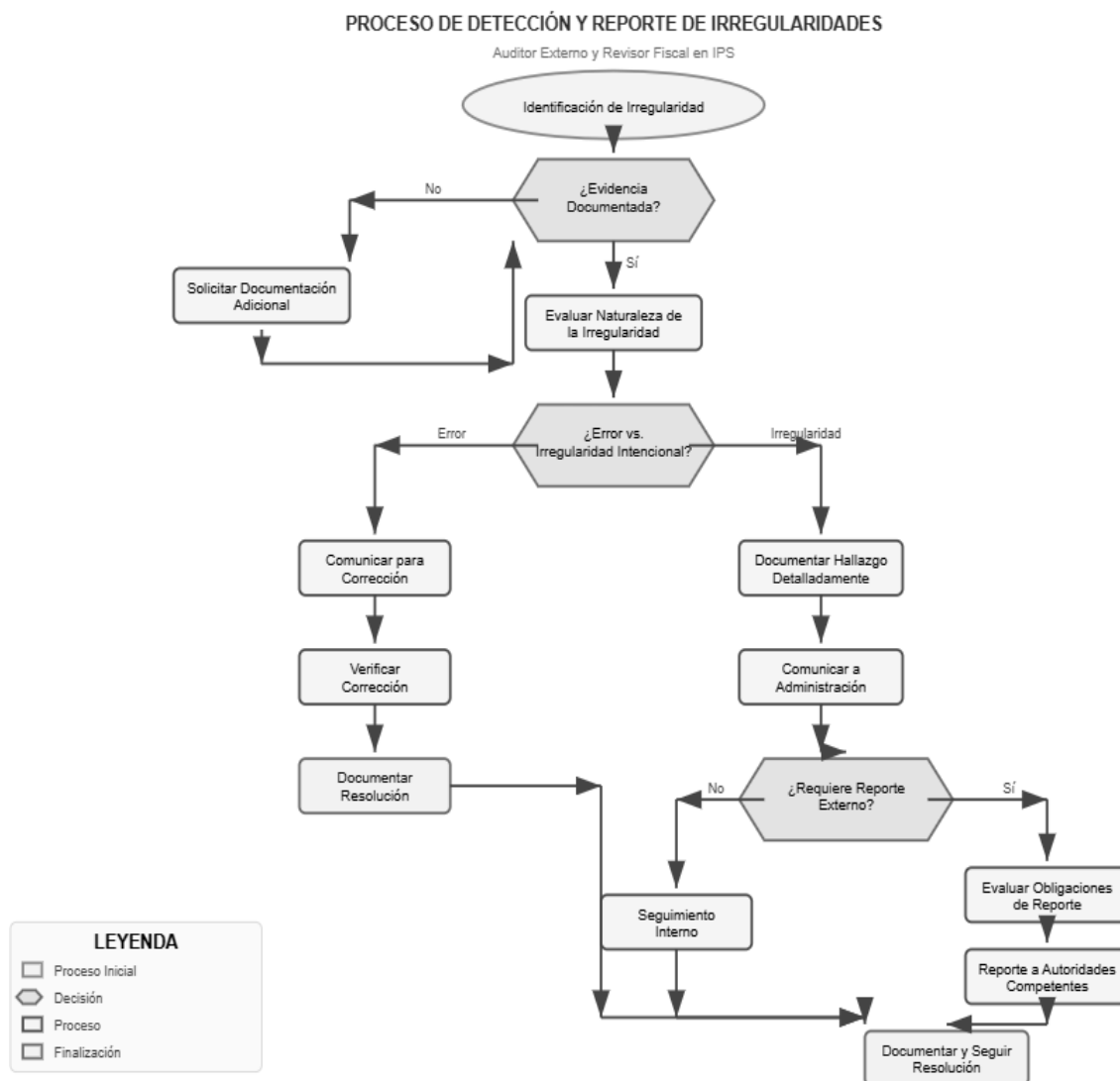


Tabla 4 *Indicadores de supervisión y control*

Categoría	Indicador	Métrica	Responsable	Frecuencia
Facturación	Exactitud en codificación	% errores detectados	Revisor Fiscal	Mensual
Documentación	Compleitud de soportes	% facturas sin soporte	Ambos	Trimestral
Conciliaciones	Oportunidad en conciliaciones	Días promedio conciliación	Revisor Fiscal	Mensual
Inventarios	Diferencias en conteos	% variación física vs. contable	Ambos	Semestral
Cumplimiento	Adherencia a políticas	% procedimientos cumplidos	Revisor Fiscal	Continua
Reportes	Calidad de información	% reportes con observaciones	Auditor Externo	Anual

La responsabilidades legales y éticas del auditor y revisó fiscal en la detención de los fraudes financieros en IPS son amplias y complejas, requiriendo no solamente conocimiento técnico contable y de auditoría, sino a la vez comprensión profunda del sector salud. La NIA 240 establece el marco fundamental, para su aplicación en IPS requiere adaptación a las particularidades del sector.

El revisor fiscal tiene responsabilidades más amplias que el auditor externo, incluyendo la supervisión permanente y el reporte inmediato de las irregularidades. Ambos profesionales deben mantener el escepticismo profesional y aplicar procedimientos específicos diseñados para detectar los tipos de fraudes más comunes en el sector salud.

La efectividad de la detención de los fraudes depende del entendimiento profundo de los procesos médicos financieros específicos de la IPS, el uso de las tecnologías apropiadas

para el análisis de datos médicos, y la colaboración efectiva con el personal médico y administrativo.

Las consecuencias del incumplimiento de estas responsabilidades severas, incluyendo las sanciones regulatorias, responsabilidad civil significativa y posible responsabilidad penal. Resaltando la importancia de la capacitación continua y la aplicación rigurosa de Los estándares profesionales en la auditoría de IPS.

4.1.8. Conclusión primer objetivo específico

La identificación de las responsabilidades legales y éticas del auditor y del revisor fiscal en la detención y regularidad de financiera frente a los fraudes dentro de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) exige una visión integral que articular rigor técnico, formación en valores y cumplimiento normativo. En el ejercicio profesional de ambos roles no se reduce simplemente a la verificación financiera, sino que implica una supervisión constante activa sobre los procesos críticos como la facturación, el manejo de los inventarios, la gestión de compras y la administración de nómina; realizando análisis, evaluaciones e informes que permiten anticipar y mitigar los riesgos asociados al fraude.

En este contexto, la aplicación de normativas internacionales (como la NIA 240, la cual exige el profesional ante la posibilidad del fraude) así como la observancia de las leyes nacionales (la Ley 43 de 1990, Ley 1314 2009 y Decreto 2420 2015 en Colombia) otorgan a la auditoría el revisor fiscal un marco de actuación que exige competencia especializada, independencia, integridad y objetividad. La responsabilidad de revisor fiscal es más amplia y continua que la del auditor externo, puesto que recae sobre la certificación mensual, la supervisión permanente y el reporte inmediato de cualquier indicio de regularidad, mientras

que el auditor externo desarrollo evaluaciones anuales y presenta dictámenes relacionados sobre los estados financieros.

La ética profesional es el eje transversal que potencia la labor de estos actores, sustentada en los principios de honestidad, confidencialidad y competencia. Ambos deben enfrentar dilemas con tantas ante presiones financieras, incentivos organizacionales y la complejidad de las operaciones, por lo que su formación y actualización es clave para mantener la credibilidad del sistema de control financiero y protegerles los intereses de la sociedad. El incumplimiento de estas responsabilidades puede conducir a sanciones civiles, penales o disciplinarias, además de afectar la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud para la población. La labor del auditor y del revisor fiscal constituye un pilar del buen gobierno organizacional en salud, contribuyendo no solo a la prevención y detección del fraude, sino a fortalecer la transparencia, la rendición de cuentas y la confianza social. Solo mediante el ejercicio profesional ético, la aplicación rigurosa de la normativa y la colaboración interinstitucional es posible anticipar irregularidades y asegurar que los recursos públicos y privados destinados a la salud cumplan verdaderamente su función social.

4.2. Determinar los principales factores de riesgo que contribuyen al fraude financiero en el sector salud.

4.2.1. Marco conceptual del fraude en el sector salud

Definición y características del fraude en SALUD

El fraude en el sector salud se entiende como cualquier acción intencional de engaño o distorsión de la información, realizada con conocimiento de su falsedad o sin interés en comprobar su veracidad, con el propósito de obtener un beneficio indebido, ya sea propio o para un tercero. En el contexto de las IPS, esto abarca desde la manipulación de registros clínicos hasta mecanismos complejos de facturación fraudulenta que comprometen los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La simetría de la información en el ámbito de la salud surge porque los prestadores de servicios cuentan con un conocimiento técnico especializado, lo cual hace difícil que los pagadores y los reguladores puedan detectar irregularidades o evaluar correctamente las acciones realizadas. Asimismo, la urgencia médica conlleva que muchas decisiones se tomen bajo una presión temporal significativa, reduciendo la eficiencia de los controles preventivos. Por otro lado, la complejidad regulatoria define al sector salud, puesto que opera bajo una multiplicidad de marcos normativos, generando oportunidades para el aprovechamiento indebido. Finalmente, el impacto social del fraude en salud No Solamente recae sobre la pérdida de recursos económicos, sino que incide de manera directa en la calidad y el acceso servicios esenciales, comprometiendo el bienestar de la población.

4.2.2. Tipos de fraude específicos en IPS categoría C2

El fraude en la facturación y los cobros en el sector salud se manifiesta en diversas modalidades. Una de las más frecuentes es la sobrefacturación por complejidad, que consiste en facturar los procedimientos como si tuvieran mayor nivel de dificultad o costo con respecto a los realmente realizados. Asimismo, se identifican las prácticas como la facturación fantasma, es decir, cobrar por servicios que nunca fueron prestados a los pacientes que no recibieron atención efectiva. La fragmentación de servicios implica separar los componentes de un paquete integral con el fin de facturar individualmente cada elemento, mientras que la facturación duplicada consiste en presentar la misma factura ante distintos pagadores, ya sean EPS, aseguradoras o particulares.

En el ámbito de prescripciones y medicamentos, el fraude puede presentarse a través de incentivos farmacéuticos indebidos, donde algunos profesionales reciben beneficios económicos por prescribir medicamentos específicos sin la debida justificación clínica. Otro esquema es la sobre formulación, que se traduce en la prescripción de medicamentos innecesarios o en cantidades superiores a las requeridas. Además, es posible encontrar casos de sustitución fraudulenta de genéricos, en los cuales se facturan medicamentos de marca pero se dispensan genéricos sin la respectiva autorización.

Por último, el fraude en servicios médicos abarca acciones como la facturación de servicios no prestados, en la que se incluyen consultas, procedimientos o terapias que nunca se realizaron. Dentro de este grupo también se encuentran las remisiones inapropiadas, caracterizadas por dirigir pacientes a servicios propios sin un motivo médico válido, y los procedimientos innecesarios, que corresponden a la realización de intervenciones sin justificación clínica únicamente con el propósito de incrementar la facturación.

4.2.3. Marco teórico: triángulo del fraude aplicado al sector salud

Presión/incentivos en el sector salud

Presiones Financieras Organizacionales: Las IPS categoría C2 enfrentan presiones económicas específicas que incrementan el riesgo de fraude. Los márgenes de rentabilidad en el sector salud han disminuido debido a la regulación tarifaria, el incremento en costos operativos y los retrasos en pagos por parte de las EPS. Esta presión financiera puede llevar a la administración a buscar formas alternativas de generar ingresos, incluyendo prácticas fraudulentas.

Metas de Rendimiento Agresivas: Los sistemas de compensación basados en productividad pueden crear incentivos perversos. Cuando los médicos reciben bonificaciones por volumen de procedimientos o el personal administrativo es evaluado por indicadores de facturación, se incrementa la tentación de manipular registros para cumplir objetivos.

Presión Regulatoria y de Cumplimiento: Las IPS operan bajo estricta supervisión de múltiples entidades (Superintendencia Nacional de Salud, INVIMA, secretarías de salud). La presión por cumplir indicadores de calidad, habilitación y gestión puede llevar a la manipulación de registros para aparentar cumplimiento cuando la realidad operativa es deficiente.

Crisis de Liquidez del Sistema: Los problemas de flujo de caja por retrasos en pagos de las EPS generan presión inmediata para obtener recursos, creando incentivos para acelerar facturación mediante prácticas irregulares o presentar cuentas infladas.

Oportunidades en el entorno de las IPS

Complejidad de los Sistemas de Información: Las IPS manejan múltiples sistemas (historia clínica electrónica, facturación, inventarios, farmacia) que frecuentemente no están

integrados. Esta fragmentación crea oportunidades para manipular información sin que sea detectada inmediatamente, especialmente cuando no existen controles cruzados automatizados entre sistemas.

Debilidades en control interno

En cuanto a las brechas en la supervisión regulatoria, es común que las auditorías sean infrecuentes debido a recursos limitados en los organismos de control, lo que impide una supervisión continua y efectiva. La aplicación de sanciones suele ser débil, ya que muchas veces las sanciones resultan insuficientes o se aplican de forma tardía, perdiendo su efecto disuasorio. Por otro lado, las asimetrías de información generan un entorno en el que los reguladores dependen principalmente de la información proporcionada por las mismas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), limitando la capacidad de ejercer un control externo adecuado.

Entre las características propias del sector salud, destaca la autonomía profesional, que históricamente ha permitido que las decisiones clínicas sean tomadas con poca intervención externa, dificultando los controles sobre la práctica médica. Además, la urgencia en la atención, propia de las emergencias médicas, exige decisiones rápidas que pueden pasar por alto los controles y verificaciones establecidos. Por último, la confidencialidad médica introduce restricciones de privacidad que, si bien son fundamentales para proteger los datos de los pacientes, pueden limitar la transparencia necesaria para implementar controles efectivos.

Racionalización en el contexto médico

Justificación por Misión Social: Los profesionales de la salud pueden racionalizar actos fraudulentos argumentando que son necesarios para mantener la operación de la IPS y continuar brindando servicios esenciales a la comunidad. Esta racionalización es particularmente fuerte cuando la IPS atiende poblaciones vulnerables.

Crítica al Sistema de Salud: La percepción de que el sistema de salud colombiano es injusto o disfuncional puede llevar a justificar comportamientos fraudulentos como una forma de "nivelar el campo de juego" o compensar por deficiencias sistémicas.

Despersonalización de la Víctima: Es más fácil racionalizar el fraude cuando la víctima se percibe como una entidad abstracta (el sistema de salud, las EPS) en lugar de pacientes individuales o la sociedad en general.

La racionalización profesional se manifiesta a través de diversas justificaciones que buscan legitimar procedimientos o comportamientos cuestionables en el ejercicio médico. Una de las más habituales es el argumento del "beneficio del paciente", donde se justifican intervenciones innecesarias bajo la premisa de que, preventivamente, pueden aportar algún beneficio al paciente, aunque no exista evidencia clínica suficiente. Otro mecanismo es la "compensación justa", que se utiliza para sostener que los honorarios oficiales no corresponden a la complejidad ni al esfuerzo requerido por el trabajo realizado, lo que, según quienes lo emplean, justificaría la adopción de prácticas irregulares. Finalmente, la normalización de las conductas fraudulentas bajo el argumento de que "todos lo hacen" contribuye a establecer estos comportamientos como estándares aceptados dentro de la industria, diluyendo la percepción de riesgo y responsabilidad ética.

4.2.5. Factores de riesgo específicos en IPS Categoría C2

Factores organizacionales

Las IPS categoría C2 suelen disponer de estructuras de gobierno corporativo menos sofisticadas que aquellas presentes en instituciones de mayor tamaño, lo que puede traducirse en una excesiva concentración de poder, donde pocas personas toman decisiones críticas sin una supervisión adecuada. En este contexto, las juntas directivas suelen ser inefectivas debido al limitado conocimiento del sector salud entre sus miembros o a la existencia de conflictos de intereses, y es común la ausencia de comités especializados independientes, como los de auditoría y ética.

La cultura organizacional, por su parte, tiende a mostrar tolerancia a prácticas ubicadas en "zonas grises", normalizando comportamientos que se sitúan en el límite de lo ético o legal. La presión por resultados también afecta el clima interno, dado que se privilegian los objetivos financieros sobre las consideraciones éticas; esto se ve agravado por la comunicación deficiente, ya que los canales existentes son insuficientes para reportar preocupaciones éticas.

En cuanto a la gestión del recurso humano, se observan procesos de selección inadecuados, que conducen a una verificación insuficiente de antecedentes del personal crítico. Este problema se suma a la alta rotación de personal temporal, que dificulta el desarrollo de compromiso con los valores organizacionales, ya la capacitación limitada, que resulta insuficiente en ética, cumplimiento normativo y detección del fraude.

Por otro lado, los factores tecnológicos también incrementan los riesgos. La seguridad cibernética suele ser deficiente, haciendo que los sistemas sean vulnerables a manipulaciones internas y externas. Los controles de acceso son inadecuados y permiten que personal no

autorizado acceda a funcionalidades críticas; Además, la auditoría de sistemas es limitada, pues los registros históricos o logs no permiten rastrear de manera eficiente los cambios realizados en información sensible. La integración sistémica deficiente se observa en interfaces manuales entre sistemas, dando espacio para manipulaciones oportunistas, y la sincronización inadecuada entre plataformas permite el desfase temporal y la manipulación de datos. Asimismo, los procesos de respaldo y recuperación deficientes dificultan la detección de alteraciones históricas.

El entorno externo también contribuye a la presión competitiva: la sobresaturación de mercado en ciertas especialidades, la guerra de precios y la dificultad para competir en calidad genera incentivos para centrarse más en el volumen de servicios ofrecidos que en sus estándares. El contexto regulatorio presenta cambios normativos frecuentes, cuyas regulaciones cambiantes causan confusión y crean oportunidades de explotación. La aplicación inconsistente de sanciones reduce el efecto disuasivo y la complejidad derivada de múltiples entidades reguladoras con requerimientos superpuestos dificulta el cumplimiento efectivo. Los factores económicos aumentan la vulnerabilidad: la inflación en los costos médicos no se refleja en las tarifas de servicios, mientras que las variaciones de la política monetaria elevan el costo del financiamiento y la inestabilidad económica incrementa la presión financiera sobre las instituciones.

4.2.6. Análisis de riesgos por proceso en IPS

Tabla 5 *Proceso de facturación*

Categoría	Riesgo/Control	Descripción	Nivel de Impacto
Riesgos de Alto Impacto	Manipulación de códigos de diagnóstico	Alterar códigos CIE-10 para justificar procedimientos de mayor valor	Alto

Categoría	Riesgo/Control	Descripción	Nivel de Impacto
	Inflación de servicios	Registrar servicios más complejos que los realmente prestados	Alto
	Facturación sin soporte	Generar facturas sin la documentación médica correspondiente	Alto
	Doble facturación	Presentar la misma cuenta a múltiples pagadores	Alto
Controles Críticos Ausentes	Validación automática	Falta de sistemas que validen coherencia entre diagnóstico y procedimiento	-
	Supervisión médica	Ausencia de revisión por parte de médicos independientes	-
	Auditoría concurrente	Falta de revisión en tiempo real de facturación generada	-

Fuente: Elaboración propia

La tabla 5, resume los principales riesgos y ausencias de controles críticos en el proceso de facturación de servicios de salud. Presenta categorías como los "Riesgos de Alto Impacto", donde se identifican prácticas como la manipulación de códigos de diagnóstico para justificar procedimientos más costosos, la inflación de servicios que consiste en registrar como realizaciones servicios más complejos de los que efectivamente se prestaron, la facturación sin soporte documental, y la doble facturación ante varios pagadores. Todos estos riesgos se consideran de alto impacto en el proceso. Por otra parte, señala los controles críticos ausentes, entre los cuales destacan la falta de validación automática para asegurar la coherencia entre diagnóstico y procedimiento, la ausencia de supervisión médica independiente, y la inexistencia de auditoría concurrente, es decir, revisión en tiempo real de la facturación generada. Estos controles no tienen un nivel de impacto asignado, pero su ausencia propicia la ocurrencia de los riesgos previamente señalados. La fuente indicada es de elaboración propia.

Tabla 6 *proceso de atención médica*

Categoría	Riesgo/Factor	Descripción	Nivel de Impacto
Riesgos Específicos	Sobretratamiento	Realizar procedimientos médicamente innecesarios para incrementar facturación	Alto
	Abandono de protocolos	Ignorar guías de práctica clínica para incrementar utilización de servicios	Medio
	Manipulación de severidad	Exagerar la gravedad de condiciones para justificar tratamientos costosos	Alto
Factores de Riesgo	Incentivos mal alineados	Compensación basada en volumen en lugar de resultados	-
	Presión de productividad	Metas que priorizan cantidad sobre calidad de atención	-
	Autonomía excesiva	Falta de revisión por pares o segunda opinión para procedimientos costosos	-

Fuente: elaboración propia

La tabla 6, sobre el proceso de atención médica presenta los principales riesgos específicos y factores de riesgo que afectan la calidad y transparencia en los servicios de salud. Entre los riesgos específicos figuran el sobretratamiento, que implica la realización de procedimientos innecesarios con el fin de aumentar la facturación (impacto alto); el abandono de protocolos, reflejado en el desconocimiento de guías clínicas para favorecer una mayor utilización de servicios (impacto medio); y la manipulación de severidad, que consiste en exagerar la gravedad de las condiciones del paciente para justificar tratamientos costosos (impacto alto). Asimismo, se destacan factores de riesgo como los incentivos mal alineados, la presión de productividad y la autonomía excesiva, todos los cuales carecen de controles efectivos y pueden favorecer prácticas inadecuadas cuando se prioriza el volumen o la falta de segundas opiniones sobre la calidad y pertinencia clínica.

Tabla 7 *Proceso de compras y suministros*

Categoría	Vulnerabilidad/Control	Descripción	Nivel de Impacto
------------------	-------------------------------	--------------------	-------------------------

Vulnerabilidades Críticas	Comisiones de proveedores	Recibir comisiones por favorecer ciertos proveedores	Alto
	Sobrefacturación de proveedores	Colusión para inflar precios de compras	Alto
	Productos fantasmas	Facturar productos no recibidos o de calidad inferior	Medio
Controles Deficientes	Proceso de selección	Ausencia de procedimientos competitivos para selección de proveedores	-
	Verificación de entregas	Controles inadecuados para validar cantidad y calidad de productos recibidos	-
	Segregación de funciones	Misma persona autoriza compras y verifica entregas	-

Fuente: elaboración propia

La tabla 7, sobre el proceso de compras y suministros identifica vulnerabilidades críticas y controles deficientes presentes en este ámbito. Entre las vulnerabilidades críticas destacan la recepción de comisiones por favorecer a ciertos proveedores y la sobrefacturación, donde existe colusión para inflar los precios, ambos con un impacto alto. También se incluye la facturación de productos fantasmas, que implica emitir cobros por bienes no recibidos o de calidad inferior, con impacto medio. Por otro lado, se señalan controles deficientes como la ausencia de procesos competitivos para la selección de proveedores, la falta de controles adecuados para validar la cantidad y calidad de los productos recibidos y la deficiente segregación de funciones, en la que la misma persona puede autorizar compras y verificar entregas, lo cual aumenta el riesgo de irregularidades en el proceso.

4.2.7. Indicadores de riesgo y señales de alerta

Indicadores cuantitativos

Tabla 8 *Métricas Financieras Anómalas*

Indicador	Descripción	Señal de Alerta
Margen de utilidad excesivo	Rentabilidad significativamente superior al promedio del sector	> 40% vs promedio sector
Crecimiento acelerado	Incremento en ingresos sin justificación operativa correspondiente	> 50% crecimiento anual
Variabilidad inusual	Fluctuaciones extremas en ingresos entre períodos similares	Variación > 30% mensual
Concentración de ingresos	Dependencia excesiva de pocas líneas de servicio o tipos de procedimiento	> 70% de un solo servicio

Fuente: elaboración propia

La tabla 8, identifica señales de alerta en indicadores clave para el monitoreo de posibles irregularidades financieras. Se incluye el margen de utilidad excesiva, que se refiere a una rentabilidad muy superior al promedio del sector (más del 40% de diferencia); el crecimiento acelerado, evidenciado por aumentos en los ingresos anuales superiores al 50% sin justificación operativa; la variabilidad inusual, indicada por fluctuaciones extremas en los ingresos mensuales superiores al 30%; y la concentración de ingresos, que se presenta cuando más del 70% de los ingresos provienen de un solo servicio o tipo de procedimiento. Estas señales permiten detectar anomalías que podrían estar relacionadas con prácticas no justificadas o fraudes.

Tabla 9 *Métricas operativas sospechosas*

Indicador	Descripción	Señal de Alerta
Productividad médica anómala	Médicos que reportan productividad significativamente superior a pares	> 150% del promedio
Utilización de servicios	Patrones de utilización que se desvían marcadamente de estándares clínicos	> 200% del estándar

Ratios de conversión	Porcentajes anormalmente altos de consultas que resultan en procedimientos costosos	> 60% conversión
Tiempos de procedimiento	Duración de procedimientos inconsistente con estándares médicos	< 50% tiempo estándar

Fuente: elaboración propia

La tabla 9, presenta indicadores clave para identificar posibles irregularidades en la prestación de servicios médicos. Entre ellos se encuentra la productividad médica anómala, que señala a médicos con niveles de productividad muy superiores al promedio de sus pares (más del 150%). También se incluyen patrones de utilización de servicios significativamente desviados de los estándares clínicos (superando el 200% del estándar), ratios de conversión anormalmente altos que reflejan un elevado porcentaje de consultas convertidas en procedimientos costosos (más del 60%), así como tiempos de procedimiento con extraordinariamente inferiores a lo esperado según los estándares médicos (menos del 50%). Estas señales ayudan a detectar comportamientos atípicos que pueden requerir revisión o intervención.

4.2.8. Indicadores cualitativos

Tabla 10 *Señales de comportamiento*

Indicador	Descripción	Nivel de Riesgo
Resistencia a auditorías	Reluctancia a proporcionar documentación o acceso a sistemas	Alto
Cambios en personal clave	Rotación alta en posiciones críticas de control	Medio
Cultura de secretismo	Falta de transparencia en procesos de toma de decisiones	Alto
Quejas de pacientes	Incremento en quejas relacionadas con facturación o servicios no recibidos	Medio

Fuente: elaboración propia

La tabla 10, presenta indicadores que pueden alertar sobre riesgos operativos y de fraude en organizaciones de salud. Señala como alto riesgo la resistencia a auditorías,

evidenciada por la reticencia a proporcionar documentación o acceso a sistemas, y la cultura de secretismo, que implica falta de transparencia en la toma de decisiones. Además, identifica como riesgo medio el cambio frecuente en clave personal, particularmente en posiciones críticas de control, así como el incremento en quejas de pacientes relacionadas con facturación o servicios no recibidos. Estas señales funcionan como advertencias para la gestión y supervisión de procesos.

Tabla 11 *Indicadores de control interno*

Indicador	Descripción	Nivel de Riesgo
Documentación deficiente	Historias clínicas incompletas o inconsistentes	Alto
Aprobaciones irregulares	Procedimientos autorizados sin seguir protocolos establecidos	Alto
Excepciones frecuentes	Uso habitual de anulaciones o excepciones a controles normales	Medio

Fuente: elaboración propia

La tabla 11, destaca tres señales relevantes para la gestión de riesgos en organizaciones de salud. Identifica como riesgo alto la documentación deficiente, reflejada en historias clínicas incompletas o inconsistentes, y las aprobaciones irregulares de procedimientos que no siguen los protocolos establecidos. Además, señala como riesgo medio el uso frecuente de anulaciones o excepciones a los controles normales, lo que puede representar vulnerabilidades en los procesos y favorecer prácticas no adecuadas. La tabla resume los principales indicadores de control interno que pueden alertar sobre riesgos y deficiencias en procesos clínicos y administrativos. Por lo que se destaca como riesgo alto la documentación deficiente, evidenciada en historias clínicas incompletas o inconsistentes, así como aprobaciones irregulares de Procedimientos que se actualizan sin seguir protocolos establecidos. Además, se señala como riesgo medio la frecuencia de excepciones, puesto que

el uso habitual de anulaciones o excepciones a controles normales puede habilitar la eficiencia de los mecanismos de supervisión y aumentar la exposición a errores y fraudes.

Tabla 12 *Matriz consolidada de riesgos por proceso*

Proceso	Riesgo Principal	Probabilidad	Impacto	Riesgo Total	Control Recomendado
Facturación	Manipulación códigos diagnóstico	Alta	Alto	Crítico	Validación automática
	Inflación de servicios	Alta	Alto	Crítico	Supervisión médica
	Facturación sin soporte	Media	Alto	Alto	Auditoría concurrente
Atención Médica	Sobretratamiento	Media	Alto	Alto	Revisión por pares
	Abandono protocolos	Media	Medio	Medio	Supervisión clínica
	Manipulación severidad	Baja	Alto	Medio	Segunda opinión
Compras	Comisiones proveedores	Media	Alto	Alto	Segregación funciones
	Sobrefacturación	Baja	Alto	Medio	Proceso competitivo
	Productos fantasmas	Baja	Medio	Bajo	Verificación entregas

Fuente: elaboración propia

La tabla 12, sintetiza los principales riesgos asociados a los procesos de facturación, atención médica y compra, evaluando su probabilidad e impacto para determinar el riesgo total y recomendando un control específico para cada caso. En facturación, los riesgos más críticos (con alta probabilidad e impacto alto) son la manipulación de códigos de diagnóstico y la inflación de servicios, recomendándose controles de validación automática y supervisión médica, respectivamente. Otros riesgos como la facturación sin soporte y las comisiones de proveedores también aparecen con alto riesgo total, para los cuales se aconsejan auditorías concurrentes y segregación de funciones. En atención médica, el sobretratamiento y el abandono de protocolos requieren revisión por pares y supervisión clínica, mientras que la

manipulación de severidad debe ser abordada con la segunda opinión. Para compras, la sobrefacturación y los productos fantasmas, aunque presenten menor riesgo total, requieren controles competitivos y verificación adecuada de entregas, respectivamente. Esta matriz proporciona una visión integral y priorizada de los riesgos, junto con estrategias concretas de mitigación.

4.2.9. Resumen ejecutivo de indicadores clave

Tabla 13 *Indicadores de máxima prioridad*

Tipo	Indicador	Umbral Crítico	Frecuencia Monitoreo
Financiero	Margen utilidad	> 40% vs sector	Mensual
Operativo	Productividad médica	> 150% promedio	Semanal
Comportamental	Resistencia auditorías	Cualquier ocurrencia	Inmediato
Control Interno	Documentación deficiente	> 20% historias incompletas	Diario

Fuente: elaboración propia

La tabla 13, identifica los principales parámetros a monitorear en una organización de salud, detallando su umbral crítico y la frecuencia de seguimiento recomendada. Incluye el margen de utilidad financiera con un umbral mayor al 40% respecto al sector (monitoreo mensual), la productividad médica operativa que supera en 150% el promedio (monitoreo semanal), la resistencia a auditorías como señal comportamental ante cualquier ocurrencia (monitoreo inmediato), y la documentación deficiente en control interno, cuando más del 20% de historias clínicas están incompletas (monitoreo diario). Estos indicadores permiten actuar de manera oportuna frente a riesgos críticos en gestión y operación.

Tabla 14 *Matriz de Riesgo por La línea de Servicio*

Línea de Servicio	Nivel de Riesgo	Factores Críticos	Controles Recomendados
Cirugía Ambulatoria	Alto	Discrecionalidad médica, altos márgenes	Segunda opinión, auditoría concurrente
Diagnóstico por Imágenes	Alto	Costo elevado, interpretación subjetiva	Protocolos de autorización, peer review
Laboratorio Clínico	Medio	Volumen alto, automatización	Controles estadísticos, validación cruzada
Consulta Externa	Medio	Volumen alto, complejidad variable	Análisis de patrones, revisión muestral
Farmacia	Alto	Medicamentos alto costo, manejo de inventarios	Controles de inventario, trazabilidad
Urgencias	Medio	Atención inmediata, presión temporal	Revisión posterior, validación de necesidad

Fuente: elaboración propia

La tabla 14, clasifica el nivel de riesgo asociado a distintas áreas de prestación de servicios de salud, identifica sus factores críticos y recomienda controles específicos. Cirugía ambulatoria y farmacia presentan un riesgo alto, principalmente por la discrecionalidad médica, altos márgenes y el manejo de medicamentos costosos, recomendándose segunda opinión, auditoría concurrente y control de inventarios. El diagnóstico por imágenes también tiene alto riesgo debido a su elevado costo y subjetividad, para lo cual se sugiere protocolos de autorización y revisión entre pares. Laboratorio clínico, consulta externa y urgencias se consideran de riesgo medio y requieren controles como validación cruzada, análisis de patrones, revisión muestral y verificación posterior de la necesidad de la atención, para reducir la exposición a errores o irregularidades.

4.2.10. Factores de riesgo por STAKEHOLDER

Los riesgos asociados al médico personal se presentan tanto en factores individuales como profesionales. En el plano individual, se observan médicos bajo presión financiera, profesionales en especialidades de baja demanda y médicos cercanos al retiro, quienes

pueden buscar maximizar ingresos antes de jubilarse. A esto se suman los médicos temporales, que presentan menor estabilidad laboral y vinculación con la institución. Desde el ámbito profesional, los riesgos se relacionan con la percepción de compensación inadecuada, la resistencia a controles que afectan la autonomía médica y la presión para cumplir metas de productividad, priorizando el volumen de atención sobre calidad clínica.

Por otro lado, el personal administrativo también enfrenta riesgos significativos. Entre las posiciones de alto riesgo se encuentran los facturadores, con acceso directo a sistemas de generación de cuentas, y el personal de autorizaciones, con capacidad para aprobar servicios sin la debida validación. Los gerentes de área y encargados de compras gestionan recursos materiales y financieros bajo presión por cumplir objetivos, con factores de vulnerabilidad como supervisión limitada y acceso privilegiado a sistemas, además de conocimientos especializados difíciles de reemplazar.

Respecto a terceros y proveedores, los riesgos recaen en laboratorios de referencia, proveedores de equipos médicos y compañías farmacéuticas, que pueden influir en las decisiones a través de incentivos o prácticas orientadas a maximizar la utilización de servicios. Otros proveedores, como los de limpieza y mantenimiento, también presentan riesgo por su acceso a áreas sensibles. Los mecanismos incluyen el pago de comisiones o sobornos para influir en las decisiones, la colusión de precios y la sustitución de productos de calidad inferior respecto a los facturados.

4.2.11. Análisis sectorial: comparación con otras industrias

El fraude en salud presenta características únicas que lo diferencian de otros sectores. Destaca por su alta complejidad técnica, ya que la detección efectiva requiere conocimiento médico especializado. Además, la urgencia en la toma de decisiones, especialmente en

situaciones de emergencia, limita el tiempo disponible para realizar validaciones adecuadas. La asimetría de información es notoria, pues existe un desequilibrio significativo entre el conocimiento del prestador de servicios y quien verifica o supervisa. El impacto social es considerable, ya que las conductas fraudulentas afectan directamente el bienestar y la vida de las personas.

Por otro lado, el fraude en salud comparte similitudes con el sector financiero, como la presencia de una regulación estricta, caracterizada por múltiples capas de supervisión gubernamental. También existe una complejidad transaccional, debido al gran volumen y variedad de transacciones que deben gestionarse, y una fuerte dependencia tecnológica, ya que los sistemas de información resultan críticos para la operación y el control efectivo de las actividades del sector salud.

Lecciones de otros sectores

En la industria financiera se han desarrollado diferentes estrategias para la prevención y detención de fraudes, muchas de las cuales pueden adaptarse al sector salud. Entre estas se destaca el principio de “conoce a tu cliente”, que implica la adaptación de procesos robustos de validación de identidad para los pacientes, garantizando que los servicios se brinden a personas verificadas. Igualmente, se emplea sistemas automatizados de monitoreo de transacciones, capaces de identificar patrones anómalos que podrían indicar situaciones fraudulentas.

La segregación de funciones es otro pilar fundamental, asegurando que las funciones críticas estén claramente divididas entre los diferentes actores para reducir riesgos de abuso o error. En el sector de seguros, se utiliza el análisis estadístico que de reclamaciones como herramienta principal para detectar irregularidades y posibles fraudes. Asimismo, existen unidades de investigación especializada cuya función es profundizar en la detención y la

resolución de casos complejos de fraudes. Para finalizar, los rigurosos procesos de acreditación de prestadores garantiza la verificación en cumplimiento de estándares ante la antes de habilitar su operación, contribuyendo así a un entorno más seguro y transparente.

4.2.12. Impacto del entorno digital y tecnológico

Las nuevas oportunidades de fraude en el sector de la salud Sur principalmente por la digitalización y el uso creciente de tecnología. En el ámbito del fraude cibernético, destacan el robo de identidad, donde se utilizan datos de pacientes para obtener servicios médicos de manera fraudulenta, y la manipulación de datos mediante la alteración de registro electrónico para justificar facturas indebidas. A esto se suma la piratería de sistemas, en el cual se obtiene acceso no autorizado para modificar información crítica.

En el contexto de telemedicina y servicios virtuales, se presentan riesgos como las consultas fantasmas, que implican la facturación de servicios nunca realizados, y la proliferación de centros de predicción masiva, en donde el uso de plataformas digitales permite la emisión de recetas sin una evaluación clínica adecuada. Además, el arbitraje geográfico facilita el aprovechamiento de diferentes regulatorios diferencias regulatorias entre jurisdicciones para justificar prácticas indebidas.

Para mitigar estos riesgos, la tecnología ofrece nuevas soluciones. La inteligencia artificial y el aprendizaje automático permiten el reconocimiento automatizado de patrones anómalos en la facturación y el uso de modelos predictivos para evaluar la probabilidad de fraude. El procesamiento de lenguaje natural ayuda a identificar inconsistencia en las historias clínicas a través del análisis de texto. Además, la cadena de bloques y los registros distribuidos proporcionan registros médicos inmutables y contratos inteligentes para la automatización de pago pasados en cumplimiento verificable; también mejoran el

seguimiento y trazabilidad de la cadena de suministro de medicamentos insumos médicos, fortaleciendo así la seguridad y confianza en los procesos.

4.2.13. Marco regulatorio y su impacto en factores de riesgo

La evolución regulatoria reciente ha traído consigo importantes cambios normativos en el sector salud. La Ley 2195/2022 se destaca por fortalecer los mecanismos anticorrupción, con implicaciones directas para la mano de obra de los revisores fiscales. Asimismo, las resoluciones de habilitación han de modificar requisitos regulatorio, lo que ha generado una presión adicional en el cumplimiento institucional. Las nuevas políticas de precios, por medio de la regulación tarifaria, pueden incrementar la presión financiera y alterar la dinámica económica de las organizaciones.

Estos cambios han impactado diversos factores de riesgo. La presión de cumplimiento se traduce en un mayor riesgo de manipulación de información para simular el cumplimiento normativo, mientras que la atención de recursos refleja el aumento de Los costos del cumplimiento y la consiguiente presión financiera. Para finalizar, las brechas de interpretación, originadas por ambigüedades en los marcos normativos, han abierto oportunidades para la exploración del vacío regulatorio, lo que exige una atención rigurosa y estrategias claras por parte de las instituciones.

4.2.14. Supervisión y aplicación de normas

El sistema de supervisión en el sector salud cuenta con diversas fortalezas, entre las que sobresale la presencia de múltiples reguladores que permiten supervisar desde distintos ángulos, como la calidad, el aspecto financiero y el técnico, garantizando una visión integral de riesgo. De igual manera, el intercambio de información y la coordinación entre diferentes entidades facilitan la detección de situaciones críticas por medio del compartir de alertas y

datos relevantes. La adopción tecnológica ha fortalecido la supervisión con el uso de herramientas digitales que optimizan al monitoreo y el control.

Sin embargo, persisten debilidades importantes. Las limitaciones de recursos, especialmente las presupuestales, afectan la frecuencia y profundidad de las actividades de supervisión. A ello se le suma la brecha del conocimiento técnico en las entidades reguladoras, que puede hacer más difícil la identificación oportuna de riesgos complejos. También se observan retrasos en la aplicación de sanciones, ya que los procesos sancionatorios suelen ser extensos, lo que reduce su efecto disuasivo sobre conductas indebidas y dificulta la prevención de nuevos casos.

4.2.15. Conclusión segundo objetivo específico

Los principales factores de riesgo que contribuyen al fraude financiero en el sector salud se originan tanto en las condiciones estructurales de las instituciones como en la complejidad operativa y regulatoria que caracteriza al sector. Entre estos factores destacan la deficiencia de controles internos, la falta de segregación de funciones en los procesos administrativos y una cultura organizacional deficiente, que normaliza prácticas poco éticas o ambiguas en torno al manejo de recursos.

A ello se suma la alta presión financiera por la sostenibilidad institucional, la fragmentación de los sistemas de información y la deficiente capacitación técnica y ética del personal, lo que facilita la manipulación de información y la comisión de irregularidades en la facturación, compras y manejo de inventarios. Las presiones regulatorias, incentivos inadecuados y la autonomía en la toma de decisiones clínicas sin suficientes contrapesos también incrementan los riesgos de fraude, particularmente en áreas como la sobrefacturación, facturación de servicios no prestados y desviación de fondos.

El entorno externo también es relevante; Factores como la volatilidad económica, cambios normativos frecuentes y la aplicación inconsistente de sanciones, junto a nuevas vulnerabilidades tecnológicas y digitales, han diversificado los riesgos y ampliado las posibilidades de cometer fraudes complejos. Estas condiciones exigen fortalecer la gobernanza corporativa, consolidar mecanismos efectivos de supervisión y promover la ética profesional para mitigar el fraude financiero y proteger la transparencia y sostenibilidad del sistema de salud.

4.3. Evaluar la efectividad de los controles internos y políticas organizacionales que puedan incidir en la ocurrencia del fraude financiero en la IPS

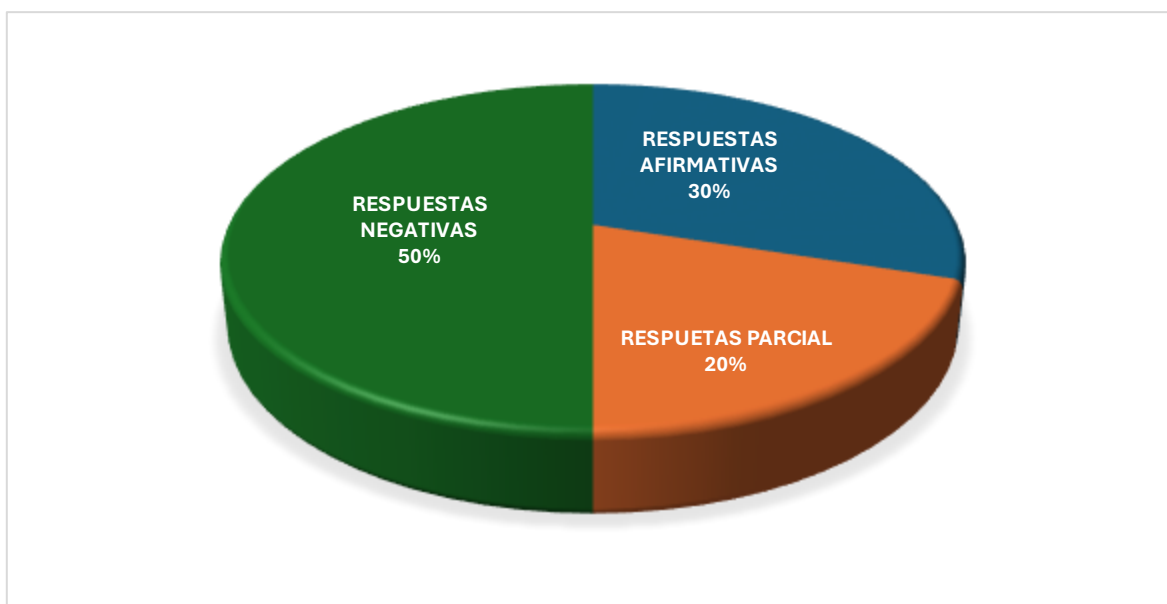
Según el autodiagnóstico realizado por la Superintendencia de Salud en el año 2021, se evaluaron diversos subsistemas de riesgo implementados en la entidad, entre ellos: SARO, Liquidez, Crédito, Actuarial y SARLAFT y SICOF. Este diagnóstico permitió identificar el nivel de madurez institucional en la gestión de cada uno (Ver anexo 2).

4.3.1. SARO

Respecto al subsistema SARO, se aplicaron diez preguntas divididas en tres niveles: identificación, medición y control del riesgo. En el componente de identificación, de seis preguntas, dos fueron afirmativas, una parcial y tres negativas. En el nivel de medición y evaluación, las dos preguntas obtuvieron respuestas parciales. Finalmente, en el nivel de control, ambas preguntas fueron respondidas de manera negativa.

La entidad muestra un mapa de procesos integral el cual incluye áreas clave y la gestión de riesgos. Cuenta con instructivos, matrices y un manual en construcción para la identificación y gestión del riesgo operativo, reflejando avances, pero sin completa formalización. Dispone de mecanismos de seguimiento como consolidado de PQRS e indicadores de investigaciones, sanciones y tutelas. Se encuentran en desarrollo matrices integrales de riesgos y formatos requeridos, evidenciando procesos incompletos. Además, implementa proyectos de apertura de nuevos mercados y gestión del cambio para continuidad del negocio.

Figura 4 Autodiagnóstico SARO



Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social (2021)

La figura 3, presenta los resultados del autodiagnóstico realizado al subsistema SARO, el cual mide la gestión del riesgo operativo en la entidad. Se observa que sólo el 30% de las respuestas fueron afirmativas, indicando que en esas áreas la entidad cumple adecuadamente con los requisitos establecidos. Por otro parte, un 20% de las respuestas son

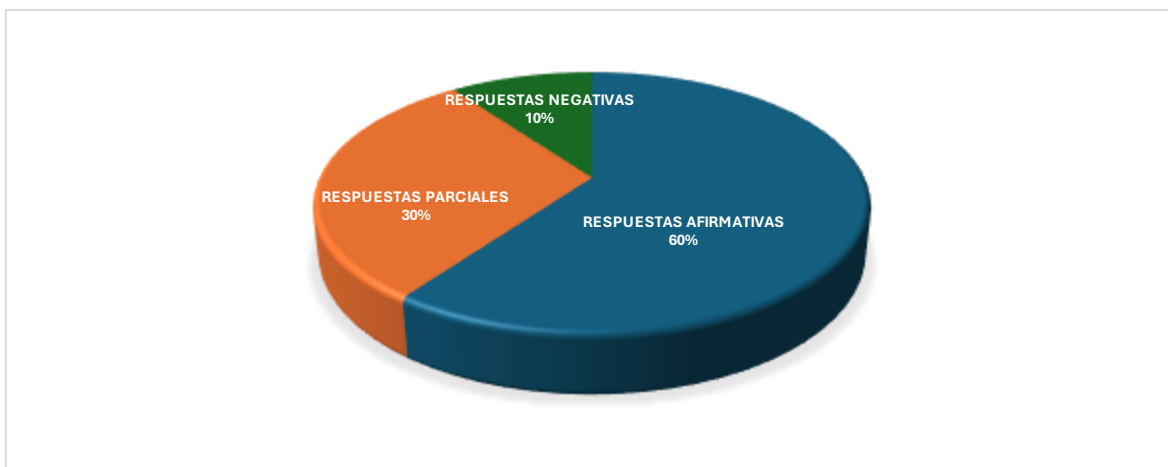
parciales, reflejando los avances iniciales o incompletos que requieren fortalecimiento. Sin embargo, el 50% restante corresponde a respuestas negativas, lo que evidencia importantes deficiencias en la detección, medición y control del riesgo operativo.

4.3.2. *Liquidez*

Para el subsistema de Liquidez, la Superintendencia de Salud estableció un total de veinte preguntas como parte del instrumento de autodiagnóstico institucional. Estas preguntas fueron establecidas con el propósito de evaluar el nivel de avance en la implementación, gestión y control del riesgo de liquidez dentro de la entidad, considerando tres dimensiones fundamentales: identificación del riesgo, medición y evaluación, y controles y tratamientos del mismo.

Las evidencias de líquidos incluyen el uso de software contable y plataforma financiera para el registro y reporte de información financiera como el reporte FT018 en la página de la Superintendencia de Salud. Igualmente se utilizan estados financieros, presupuestos de gasto y programación de pagos e inversiones para la gestión de flujo de efectivo. Por lo que se cuenta con actas de comités de directores sobre negociaciones futuras y procedimientos SARLAFT implementados. Es necesario parametrizar el software para mostrar resultados mensuales y documentar formalmente la metodología y procedimientos de tesorería, incluyendo políticas de pago y contratos, conforme a normativas vigentes. Se destaca la aplicación SIESA para la radicación de facturas, integrándose dentro del procedimiento de tesorería y gestión del riesgo de liquidez.

Figura 5 *Autodiagnóstico liquidez*



Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social (2021)

La figura 4. muestra la distribución de las respuestas obtenidas en la evaluación del subsistema de gestión del riesgo de liquidez en la entidad. Se observa que el 60% de las respuestas son afirmativas, lo que indica que en la mayoría de los aspectos evaluados la entidad ha implementado adecuadamente los procesos y controles necesarios para gestionar el riesgo de liquidez. Además, un 30% de las respuestas fueron parciales, lo que sugiere que en ciertas áreas existen avances, pero aún se requiere mejorar y consolidar algunos procedimientos o mecanismos. Por último, solo un 10% de las respuestas fueron negativas, lo que refleja que las debilidades en la gestión del riesgo de liquidez son limitadas y que el subsistema presenta un nivel alto de madurez y cumplimiento en general, según el análisis realizado

En la primera etapa, correspondiente a la identificación del riesgo, se presentaron un total de siete preguntas, de las cuales se obtuvo en su totalidad respuestas afirmativas, lo que indica que la entidad ha desarrollado de manera eficiente los procesos necesarios para reconocer y clasificar los factores que pueden ocasionar desequilibrios de liquidez.

En la segunda dimensión, enfocada en la *medición y evaluación del riesgo*, se presentaron tres preguntas, en las que dos obtuvieron respuestas parciales y una de respuesta afirmativa. Este resultado evidencia que, si bien existen procedimientos básicos para cuantificar los riesgos identificados, aún se requiere avanzar en el fortalecimiento de metodologías más robustas y en la integración de indicadores más precisos que permitan una evaluación predictiva y oportuna del impacto de dichos riesgos sobre la liquidez institucional.

En cuanto a la tercera categoría, correspondiente a los *controles y tratamientos del riesgo de liquidez*, se respondieron diez preguntas, en las cuales se obtuvieron cuatro respuestas afirmativas, cuatro parciales y dos negativas. Esta distribución refleja que, aunque existen mecanismos de mitigación y control ya implementados, no todos presentan un nivel de consolidación óptimo, y algunas áreas aún presentan vacíos importantes.

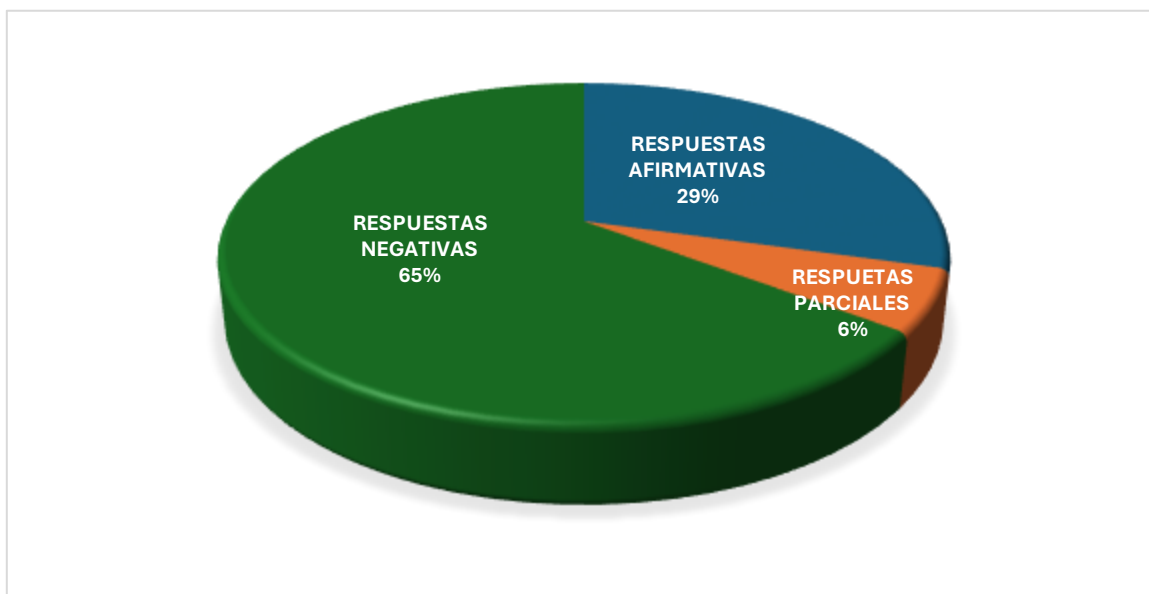
A partir del análisis integral del autodiagnóstico, se puede concluir que la entidad evaluada presenta un grado de madurez del 90% en la gestión del subsistema de Liquidez, mostrando un nivel alto de cumplimiento ante los requerimientos regulatorios y normativos establecidos.

4.3.3. Crédito

De acuerdo con la evaluación que se realizó, se puede observar que la entidad presenta importantes oportunidades de mejora en la implementación de mecanismos adecuados para su gestión. En la categoría de identificación del riesgo, si bien se evidencia que la entidad ha identificado los activos expuestos, aún existen limitaciones en cuanto al análisis detallado de los factores de riesgo específicos y su clasificación.

Las evidencias de crédito se basan principalmente en el uso de software contable y estados financieros para la gestión y control de la cartera. Se destaca la necesidad de documentar procedimientos específicos relacionados con la gestión del crédito y su inclusión en el manual de riesgos, especialmente en la clasificación de activos y políticas asociadas. Además, se cuenta con informes de cartera y procedimientos para el manejo de glosas, aunque estos están en proceso de implementación y mejora conforme a los avances del diagnóstico. En resumen, aunque existen herramientas básicas, es necesario fortalecer la formalización documental y los procesos para una gestión de crédito más robusta y alineada con las buenas prácticas.

Figura 6 *Autodiagnóstico crédito*



Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social (2021)

La figura 5, refleja la distribución de las respuestas obtenidas en la evaluación del subsistema de gestión del riesgo crediticio en la entidad. Se observa que solo el 29% de las respuestas fueron afirmativas, lo que indica que en menos de un tercio de los aspectos

evaluados la entidad cumple adecuadamente con los requisitos para una gestión efectiva del riesgo de crédito. Un 6% de respuestas parciales sugiere que en algunas áreas han iniciado procesos o hay avances, pero todavía no están completamente implementados. Sin embargo, el 65% de las respuestas negativas revela que la mayoría de los elementos necesarios para una gestión robusta del riesgo crediticio están ausentes o presentan serias deficiencias. Lo que implica un bajo nivel de madurez en este subsistema, con carencia de Procedimientos formalizados, política Clara y herramientas adecuada para manejar el riesgo representando un riesgo, significativo para la sostenibilidad financiera de la entidad.

En el componente de evaluación y medición, la mayoría de las preguntas fueron respondidas de manera negativa, indicando una ausencia de procedimientos formales para la medición de la probabilidad de incumplimiento, análisis histórico de pago y segmentación por líneas de negocio. Estos aspectos son fundamentales para una gestión de riesgo preventiva y basada en datos.

Igualmente, en el componente de tratamiento y controles, todas las respuestas fueron negativas, reflejando en la inexistencia políticas claras para la fijación de límites de exposición, provisiones por deterioro y acciones oportunas frente a incumplimientos. Esta situación representa un riesgo significativo para la sostenibilidad financiera, especialmente en contextos de alta incertidumbre.

Por otra parte, en la sesión de procesos y procedimientos, se identifican algunos avances importantes, como la implementación de modelos de cálculo de provisiones y la definición de estrategias de gestión con la ADRES y otras entidades. No obstante, aún se

requiere fortalecer aspectos como los mecanismos de negociación de cartera y el seguimiento a las recomendaciones de mejora.

En términos generales, de las 17 preguntas formuladas, se obtuvieron cinco respuestas afirmativas, una parcialmente y once negativas. Esto indica que el subsistema de riesgo crediticio muestra un bajo nivel de madurez, estimado en un 35%, debido a la falta de procedimientos formalizados, políticas claras y herramientas adecuadas para su gestión.

4.3.4. Actuarial

Como resultado del análisis realizado sobre el ciclo general de gestión de riesgos, el cual se estructuró en los componentes de identificación del riesgo, evaluación y medición, y controles, Se detectó un nivel desigual de avance en la adopción de prácticas dentro de la organización. La evaluación, compuesta por 13 interrogantes, arrojó cuatro respuestas afirmativas, dos parcialmente y siete negativas.

Las evidencias actuariales indican que la entidad está utilizando como base el modelo ASIS del Instituto Nacional de Salud junto con perfiles epidemiológicos por agencia para la caracterización poblacional, solicitando además apoyo a las EAPB para obtener sus propias caracterizaciones. Se han enviado propuestas y matrices de negociación a las EAPB, y se está trabajando en la estandarización metodológica. Se cuenta con reportes de costos y plantillas para la medición del Plan de Gestión Pública (PGP). Actualmente, se está en proceso de desarrollo y consolidación del modelo actuarial, incluyendo actas de negociación con las EAPB y la incorporación de estos elementos en el manual de gestión del riesgo, reflejando un avance progresivo en la formalización y estandarización del proceso actuarial.

Figura 7 *Autodiagnóstico Actuarial*



Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social (2021)

La figura 6, muestra la evaluación del subsistema actuarial en la entidad. Se observa que el 23% de las respuestas son afirmativas, lo que indica que en casi una cuarta parte de los aspectos evaluados se cumplen adecuadamente los requerimientos y procesos actuariales. Un 15% de respuestas parciales refleja que en varias áreas hay avances o implementaciones iniciales, pero que aún no están completamente consolidadas o formalizadas. No obstante, la mayoría, un 62% de respuestas negativas, señala que existen deficiencias significativas, en especial en la evaluación, medición y control de riesgo actuarial. Esto incluye la ausencia de modelos cuantitativos sólidos, herramientas estadísticas para proyectar pérdidas y controles formales, lo que coloca al subsistema en un nivel bajo de madurez y limita la capacidad de gestionar eficazmente los riesgos actuariales.

En el componente de identificación de riesgos, se observan ciertos avances significativos. Dos de las cuatro preguntas obtuvieron respuestas afirmativas, reflejando que

la entidad ha implementado procesos orientados a la caracterización de su población afiliada, incorporando criterios geográficos, demográficos y relacionados con morbilidad y mortalidad. No obstante, una pregunta fue respondida de forma parcial y otra de forma negativa, indicando que aún existen debilidades en el análisis detallado de la variabilidad de los ingresos y costos, así como en la identificación de factores que pueden generar incrementos en los costos de insumos o servicios. Estos son aspectos que limitan la capacidad de anticipación financiera y de gestión preventiva.

En el componente de evaluación y medición, los resultados reflejan una situación crítica. Cuatro de las cinco preguntas fueron respondidas negativamente, reflejando la ausencia de modelos cuantitativos o herramientas de estadísticas que permitan proyectar pérdidas esperadas o no esperadas ni analizar escenarios adversos. Únicamente una respuesta fue afirmativa, evidenciando un esfuerzo aislado sin una estrategia técnica integral.

En cuanto al componente de controles, se observó que tres de las cuatro preguntas obtuvieron respuestas negativas, y una de forma parcial. No se identifican mecanismos implementados como pruebas de estrés (stress testing) o validaciones retrospectivas (back testing), ni se observa la existencia de políticas actuariales formalmente estructuradas según el tipo de contrato. La respuesta parcial indica la presencia de algunos controles en etapa inicial, aunque carecen del grado de formalización y articulación necesarios para establecer un sistema de control sólido y sostenible en el tiempo.

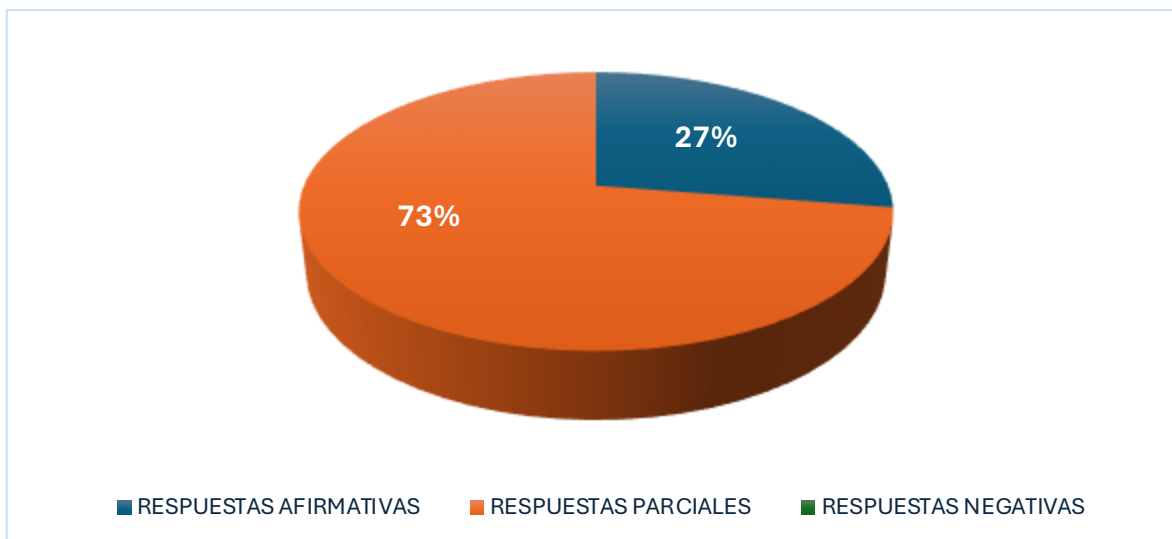
De manera general, los resultados permiten concluir que la entidad se encuentra en un nivel bajo de madurez representado en un 38% que corresponde a un total de tres respuestas afirmativas, dos parciales y ocho respuestas negativas. Respecto a la

implementación de un sistema integral de gestión de riesgos, se observa la presencia de prácticas elementales en ciertos procesos de identificación; sin embargo, estas carecen del soporte de modelos analíticos sólidos y de mecanismos de control que aseguren una gestión del riesgo eficaz y anticipativa.

4.3.5. SARLAFT

La evaluación de este subsistema en la entidad evidenció avances en algunos componentes, pero también importantes áreas de mejora. En la identificación del riesgo, la entidad cuenta con políticas generales para conocer cliente, empleado proveedores y PEP, pero presenta limitaciones en el análisis detallado de clasificación de factores de riesgo especialmente en el componente FPADM.

En la entidad avanzada en la gestión de SARLAFT actualizando matriz de riesgo, políticas y controles, e incorporando el componente FPADM en alertas de control. Se actualizaron los procedimientos de vinculación y verificación de contrapartes, incluyendo el PEP, y se documentó el manual SARLAFT, pendiente de firma. Se distinguió un Oficial de Cumplimiento conforme normativas y se planifica presentar informes trimestrales. Sin embargo, quedan pendientes actualizaciones específicas al FPADM, capacitación durante instituciones informalización total de procedimiento, mostrando avances significativos, aunque con brechas que afectan la consolidación completa del sistema SARLAFT.

Figura 8 Autodiagnóstico SARLAFT

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social (2021)

La figura 7, demuestra que el 27% de la respuesta fueron afirmativas y el 33% fueron parciales, mientras que no se registraron respuestas negativas. Esto indica que la entidad ha considerado todos los elementos exigidos por el sistema SARLAFT, evitando vacíos completos en su implementación. Sin embargo, la predominancia de respuesta parcial evidencia que, aunque se han hecho avances y esfuerzo para cumplir con los requerimientos normativos, aún existen brechas significativas que tienen afección en la efectividad global del sistema. Además, se menciona que los procesos de inducción específicos sobre SARLAFT solo se han implementado para una parte del personal, lo que también refleja áreas para fortalecer en la capacitación y formalización del sistema.

En el componente de evaluación y medición del riesgo, la mayoría de los criterios fueron respondidos de manera parcial, evidenciando la ausencia de metodología formalizadas para estimar la probabilidad y el impacto de los riesgos. La falta de una matriz de riesgo debidamente estructurada y actualizada revela debilidades en la identificación formal de los

riesgos inherentes al negocio, en especial en lo que respecta al componente FPADM. Esta situación limita una adecuada categorización del riesgo y dificulta una gestión anticipativa y eficiente.

Con respecto a lo relacionado con el tratamiento y los controles, se identifican mecanismos básicos para la vinculación y la detección de operaciones inusuales; no obstante, estos no se aplican de manera sistemática ni están plenamente alineados con el componente FPADM. Asimismo, se evidencia la ausencia de límites definidos y de procedimientos claros para actuar frente a riesgos identificados.

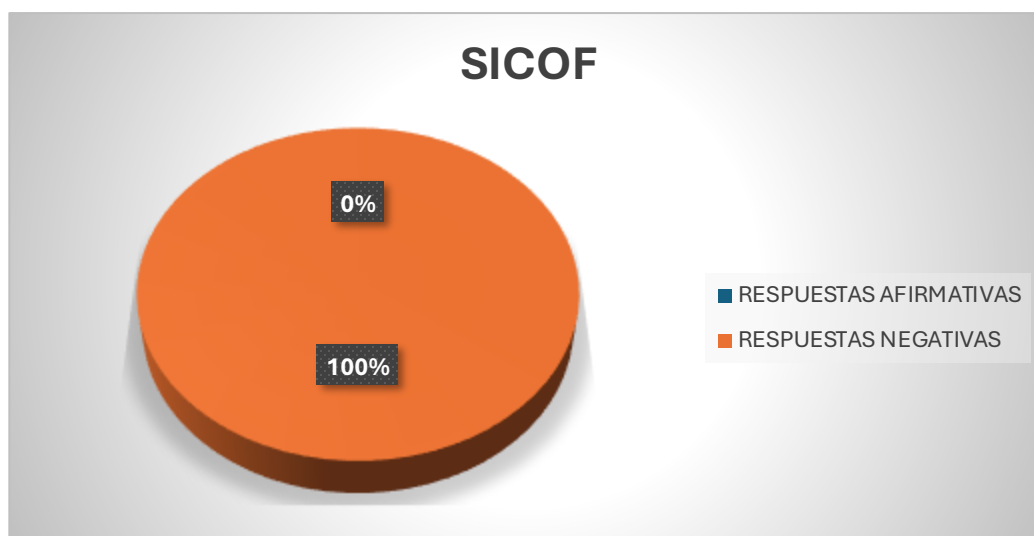
Si bien existen manuales y políticas, algunos de estos documentos no se encuentran actualizados ni han sido formalmente aprobados. Por otro lado, la auditoría interna no realiza evaluaciones periódicas ni presenta sus resultados a la alta dirección. Los programas de capacitación alcanzan solo a una parte del personal y no contemplan procesos de inducción específicos sobre el SARLAFT.

Del total de 40 preguntas evaluadas, no se registraron respuestas negativas, lo que demuestra que la entidad ha considerado todos los elementos exigidos por el sistema SARLAFT, evitando vacíos completos en su implementación. No obstante, la predominancia de respuestas parciales evidencia que, si bien se han logrado avances y se han hecho esfuerzos por cumplir con los requerimientos normativos, aún existen brechas significativas que afectan la efectividad global del sistema.

4.3.6. SICOF

A partir del ejercicio de diagnóstico realizado, que comprendió la evaluación de 37 ítems estructurados conforme a los componentes clave del Sistema de Control Interno para la Prevención del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), se ha determinado que la totalidad de los aspectos evaluados (100%) presentan un nivel de cumplimiento negativo, es decir, no han sido implementados, no están formalizados o no cumplen con los criterios mínimos requeridos para su adecuada operación.

Este resultado evidencia de forma contundente que la entidad se encuentra en un estado de madurez nulo o incipiente en relación con la adopción del SICOF. La ausencia de políticas institucionales, estructuras organizacionales funcionales, metodologías para la identificación y tratamiento de riesgos, controles internos específicos, mecanismos de reporte, así como la inexistencia de instrumentos de monitoreo y seguimiento, revela que no se han iniciado aún los pasos fundamentales para la construcción de un sistema de gestión de riesgos de corrupción, opacidad y fraude que sea preventivo, estructurado y alineado con los principios de buen gobierno corporativo.

Figura 9 SICO

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social (2021)

La no implementación del SICOFF en ninguna de las dimensiones representa un riesgo institucional elevado, tanto desde la perspectiva de conocimiento normativo como desde la óptica de la sostenibilidad institucional y la confianza pública. La inexistencia de mecanismos de control y prevención no solamente incrementa la vulnerabilidad frente a actos de corrupción o fraude, sino que también dificulta el cumplimiento de los principios de transparencia, rendición de cuentas y eficiencia en la gestión pública.

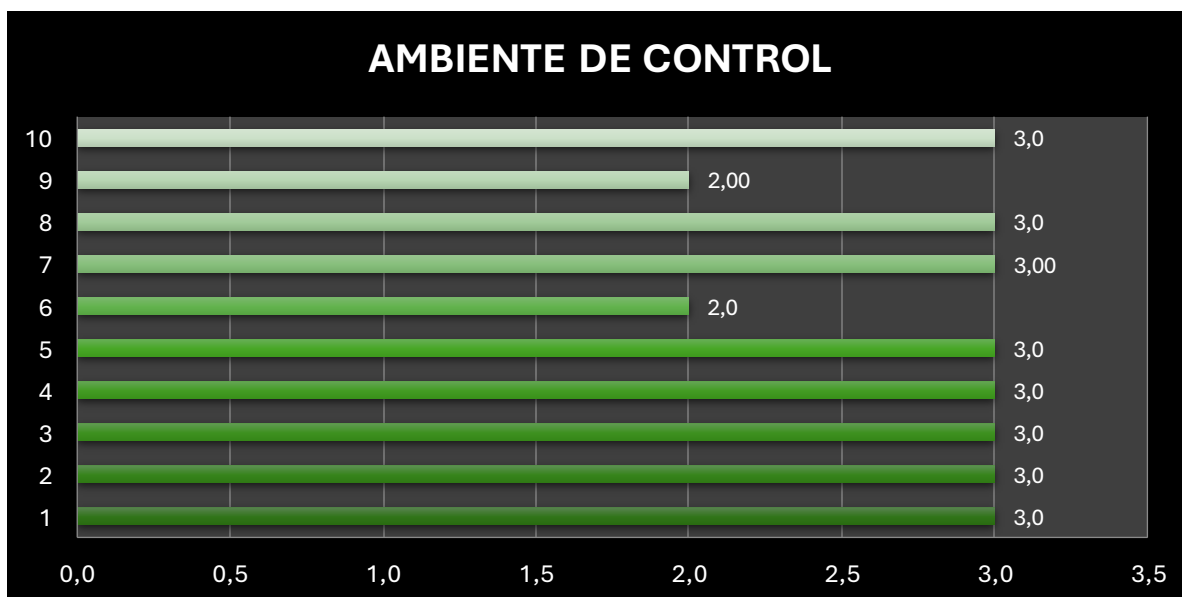
En tal sentido, la evaluación realizada pone en evidencia la urgente necesidad de iniciar un proceso integral de fortalecimiento institucional, con enfoque preventivo, basado en riesgos y alineado con las buenas prácticas de control interno, ética pública y gestión transparente de los recursos, en concordancia con las exigencias normativas y las expectativas de los agentes de control y la ciudadanía.

4.3.7. Evaluación del control Interno

Una vez analizado cada uno de los subsistemas de riesgos evaluados por la superintendencia en el año 2021, se procede con la aplicación de una nueva encuesta con el objetivo de observar el funcionamiento actual de la entidad.

Este apartado, presenta los resultados obtenidos a partir de la encuesta realizada, la cual fue diseñada para evaluar el sistema de control interno en la Clínica La Costa. El instrumento aplicado contempla una serie de preguntas distribuidas en diferentes componentes del sistema, tales como ambiente de control, control estratégico, administración del riesgo, actividades de control, información, comunicación, autoevaluación, evaluación independiente y planos de mejoramiento. En cada subsistema se mide el nivel de implementación y cumplimiento, lo que permite obtener un diagnóstico detallado sobre la situación actual del control interno de la entidad (Ver anexo 1).

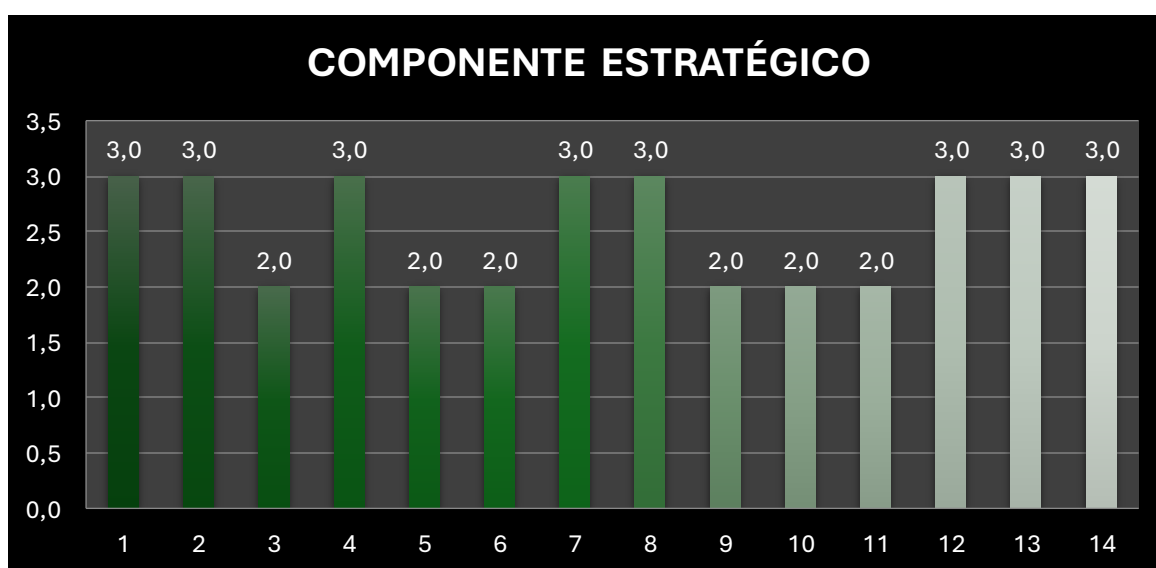
Figura 10 *Ambiente de control*



Fuente: Encuesta de evaluación del sistema de control interno (2024)

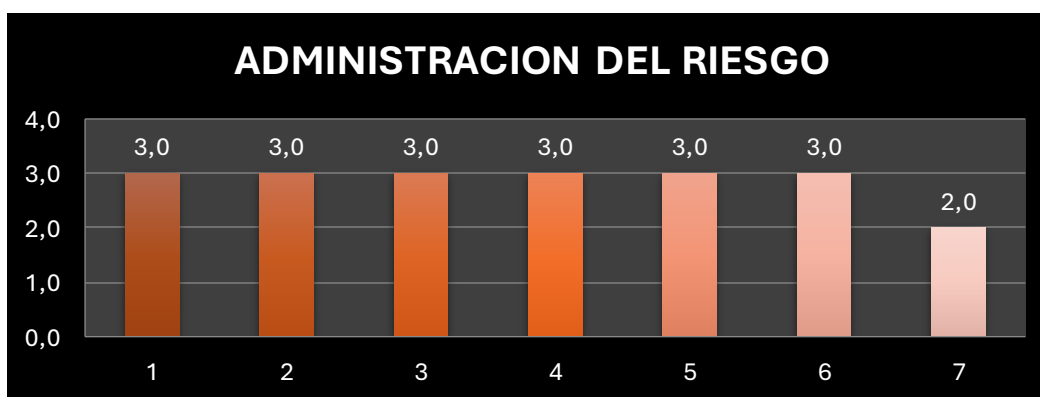
En la figura 4, de las 10 preguntas realizadas sobre el componente Ambiente de Control, se evidenció un alto nivel de implementación con un promedio general de 2.80 sobre 3.00. Ocho preguntas alcanzaron la puntuación máxima, lo que refleja una adecuada estructura organizativa, principios éticos claros y compromiso de la alta dirección. Solo dos aspectos obtuvieron una calificación menor, lo que indica oportunidades puntuales de mejora. En general, el ambiente de control es sólido y funcional dentro de la entidad.

Figura 11 *Componente estratégico*



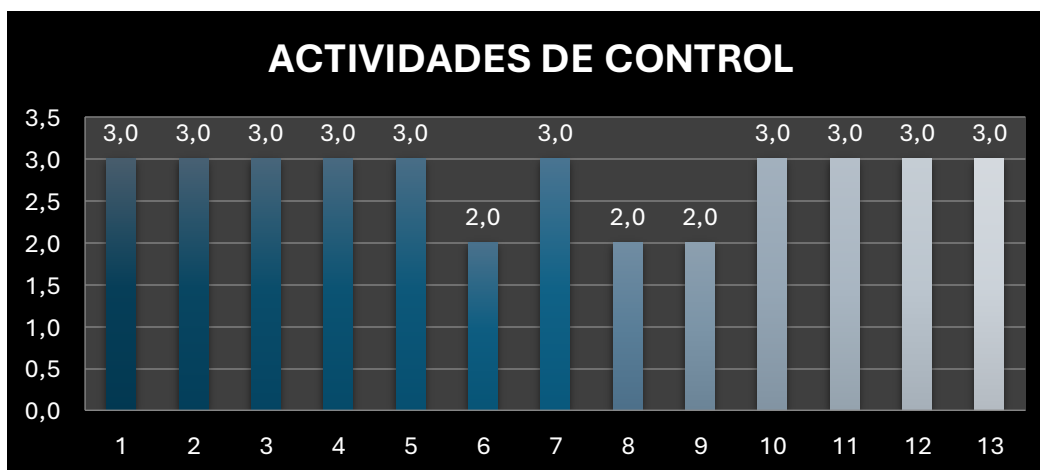
Fuente: Encuesta de evaluación del sistema de control interno (2024)

En la figura 5, en los ítems realizados sobre el componente Control Estratégico, se evidenció un buen nivel de implementación con un promedio general de 2.71 sobre 3.00. La mayoría de los aspectos evaluados obtuvo la puntuación máxima, lo que refleja una adecuada alineación institucional con la misión, visión y marco legal, así como una gestión por procesos clara. Sin embargo, se identifican oportunidades puntuales de mejora en el seguimiento presupuestal, ajustes a la planeación, y revisión de procesos frente a indicadores y requerimientos de clientes.

Figura 12 *Administración del riesgo*

Fuente: Encuesta de evaluación del sistema de control interno (2024)

El análisis de los resultados en la figura 6, evidencia que la entidad presenta un nivel avanzado en la implementación de prácticas de administración del riesgo, con una calificación máxima en seis de los siete criterios evaluados. Este desempeño indica que existen procesos consolidados en cuanto a la identificación, control, seguimiento y evaluación de riesgos. Sin embargo, se identifican una brecha en la aplicación de la metodología definida por el Departamento de Planeación (calificación de 2.0), la cual sugiere la necesidad de fortalecer la alineación con los lineamientos institucionales. En conjunto, el promedio general de 2.86 refleja una gestión del riesgo bien estructurada, con oportunidades claras para su perfeccionamiento y estandarización.

Figura 13 *Actividades de control*

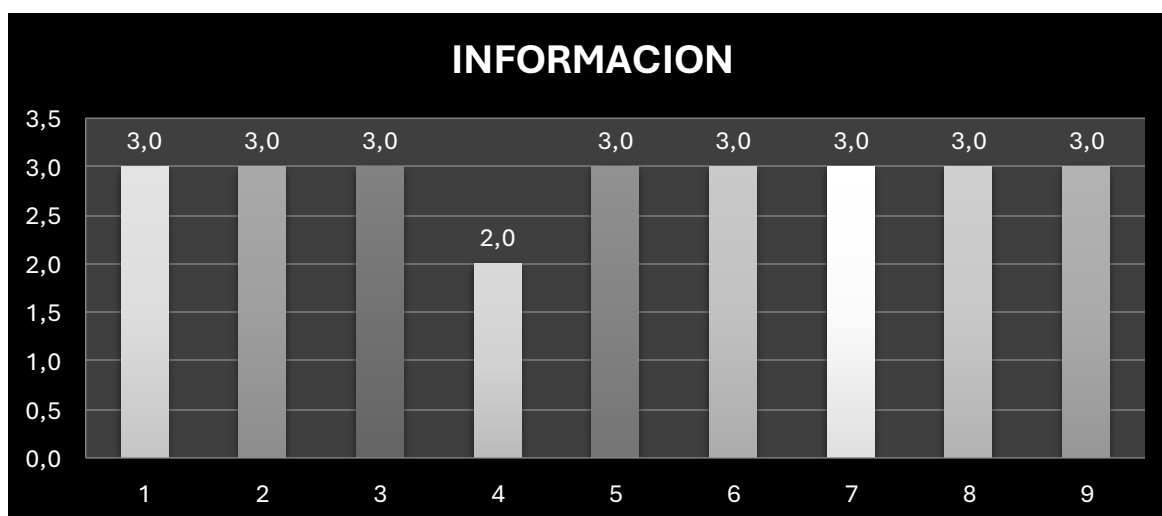
Fuente: Encuesta de evaluación del sistema de control interno (2024)

En la figura 7, la evaluación de las actividades de control refleja un nivel de implementación favorable en la mayoría de los aspectos analizados, con una puntuación de 3.0 en 10 de los 13 ítems. Evidenciando que la entidad ha establecido y divulgado adecuadamente sus políticas y procedimientos, realiza controles preventivos y correctivos, y cuenta con las herramientas normativas de apoyo accesibles y actualizadas.

No obstante, se identifican las oportunidades de mejora en tres aspectos claves los cuales son, la implementación indicadores de evaluación de gestión, el desarrollo de las políticas relacionadas con la gestión del talento humano y la pertinencia de los indicadores utilizados. Cada uno de estos obtuvo una calificación de 2.0, lo que sugiere una implementación parcial o con limitaciones. El promedio general de 2.77 indica un sistema de control interno funcional, pero con aspectos críticos que deben fortalecerse para asegurar una

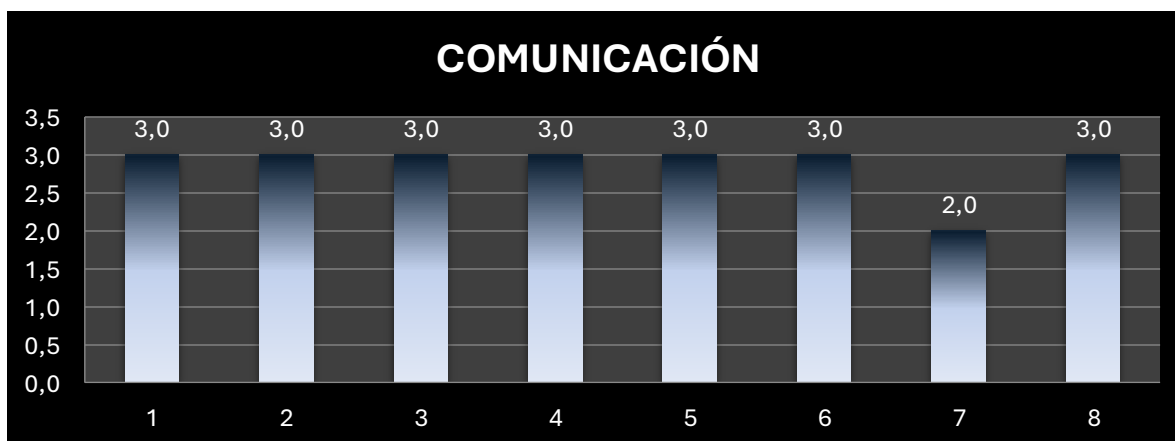
gestión más eficaz, que esté basada en la medición del desempeño y el desarrollo de los recursos humanos.

Figura 14 *Información*



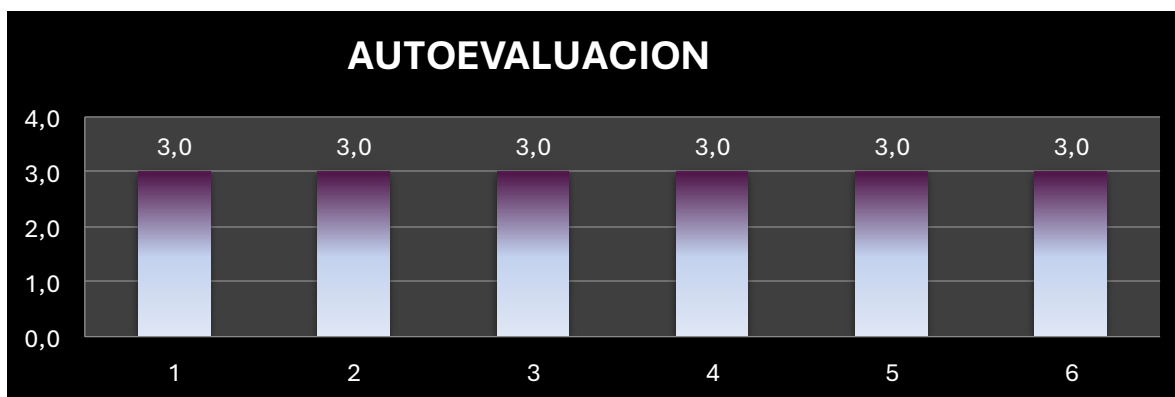
Fuente: Encuesta de evaluación del sistema de control interno (2024)

El subsistema de información en la figura 8, muestra un nivel alto de implementación (promedio de 2.89), por la mayoría de los procesos claramente definidos y operando de forma efectiva. La entidad ha establecido mecanismos adecuados para la administración, clasificación, distribución y verificación de la información. Sin embargo, se identifica una debilidad en el procedimiento de recepción y análisis de la información (calificación 2.0), lo que sugiere la necesidad de fortalecer este aspecto para asegurar una gestión de datos más oportuna y eficaz. En general, el sistema es robusto, con muchas mejoras puntuales para realizar.

Figura 15 *Comunicación*

Fuente: Encuesta de evaluación del sistema de control interno (2024)

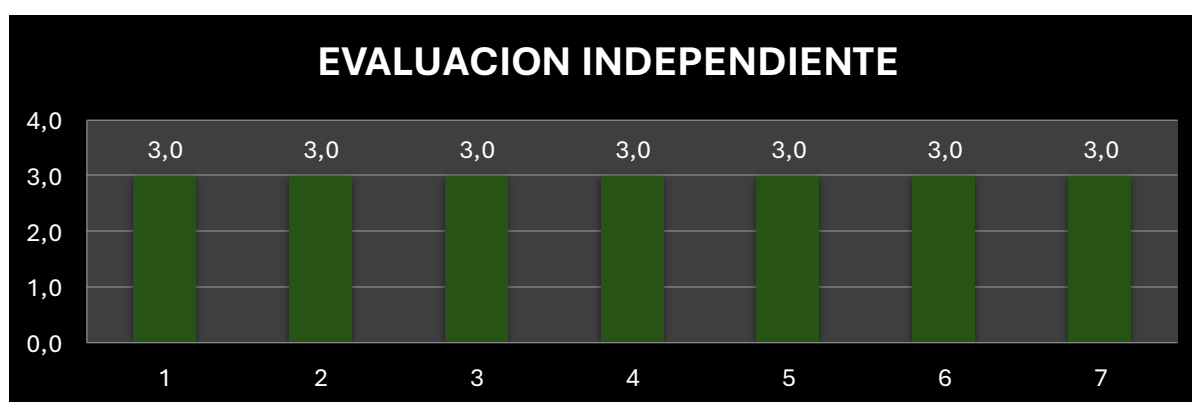
En la figura 9, el análisis de los ítems correspondientes a la dimensión de Comunicación, se evidencia un alto grado de implementación en la mayoría de los aspectos evaluados, con un promedio general de 2.88 sobre un máximo de 3.0, lo cual indica un desempeño sólido en esta área.

Figura 16 *Autoevaluación*

Fuente: Encuesta de evaluación del sistema de control interno (2024)

En este subsistema (figura 10), se observa un alto grado de implementación, con un promedio global de 3.0. Permitiendo demostrar que la entidad cuenta con las políticas, planes y mecanismos de comunicación bien definidos y actualizados, así como con canales internos y externos que permiten una adecuada socialización de la información. La información dirigida al cliente y la publicada en medios tecnológicos se mantiene actualizada, y se evidencia un proceso continuo de revisión y mejora de los métodos y recursos utilizados para la divulgación.

Figura 17 *Evaluación independiente*

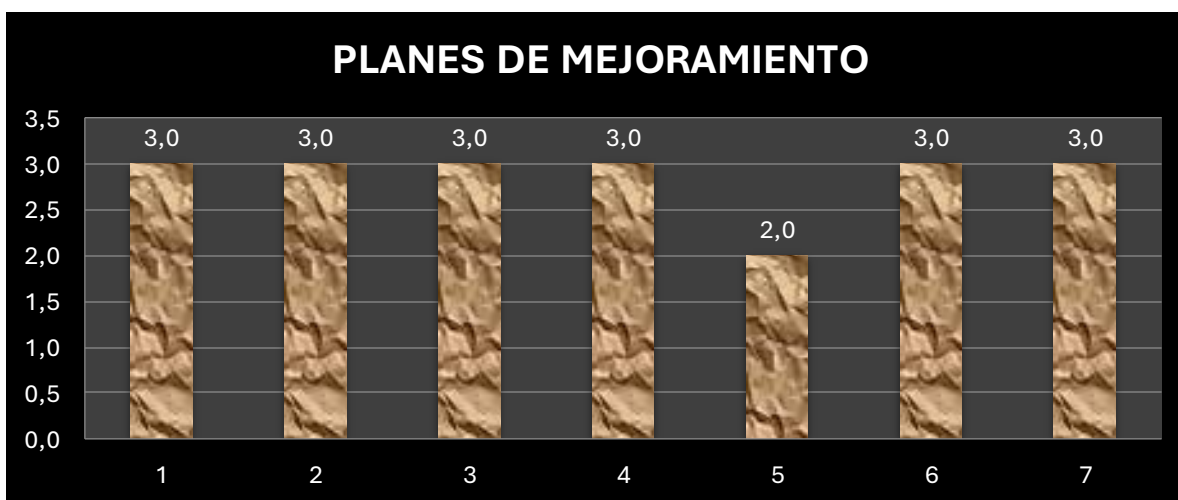


Fuente: Encuesta de evaluación del sistema de control interno (2024)

En la figura 11, este subsistema se evidencia un nivel óptimo de implementación, alcanzando el puntaje máximo promedio de 3.0, lo cual indica un cumplimiento total en todos los aspectos evaluados. La entidad demuestra un funcionamiento sólido de su área de Control de Gestión Interna, que realiza seguimiento al sistema de control interno, coordina evaluaciones parciales y utiliza los resultados como insumo para el informe ejecutivo. Igualmente, existe un programa anual de auditoría aprobado y ejecutado en su totalidad, cuyo resultado han sido presentados a la alta dirección. Las auditorías se desarrollan conforme a procedimientos documentados, lo cual refleja una adecuada planificación, ejecución y

control de los procesos de evaluación interna. Este resultado resalta el compromiso institucional con la mejora continua y la transparencia.

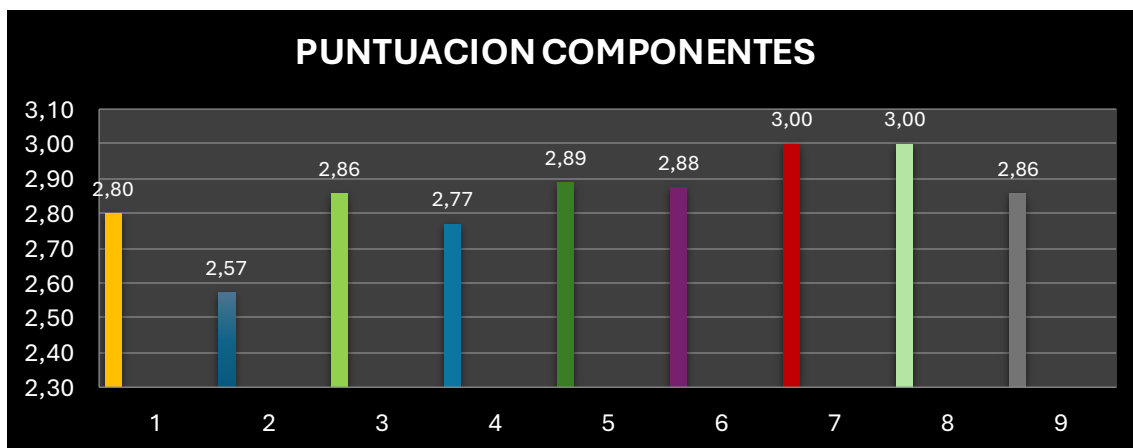
Figura 18 *Planes de mejoramiento*



Fuente: Encuesta de evaluación del sistema de control interno (2024)

En la figura 12, este subsistema evidencia un nivel alto de implementación, alcanzando un promedio de 2.85 en relación a las preguntas realizadas, se evidencio un alto grado de cumplimiento en 6 de las 7 preguntas realizadas en la que solo el ítem 5 obtuvo una calificación de medianamente, lo cual permite que se puedan realizar mejoras o establecer un plan más constante para la revisión de los informes de gestión.

Figura 19 *Componentes*



Fuente: Encuesta de evaluación del sistema de control interno (2024)

El resultado general de la evaluación de la implementación del SCISF en la Clínica La Costa, obtuvo un resultado de 2,85, resultado que se encuentra dentro del rango IMPLEMENTADO, lo que permite determinar que la clínica cuenta con una implementación de los subsistemas bien definidos.

4.3.7. Conclusión tercer capítulo

La evaluación de la efectividad de los controles internos y de las políticas organizacionales en la IPS revela que estos mecanismos son fundamentales para anticipar, prevenir y enfrentar el fraude financiero en instituciones de salud. Un sistema de control interno bien diseñado implementado que Integra ambiente de control, evaluación y gestión de riesgo, actividades de control, información y comunicación efectiva, y supervisión continua, permite minimizar la aparición de oportunidades y racionalizaciones propias de esquemas fraudulentos.

Las políticas organizacionales sólidas establecieron un marco de ética, transparencia y reducción de cuentas, facilitando la formación de una cultura organizacional comprometida con la integridad y la vigilancia permanente de los procesos críticos, como la facturación,

compra, manejo de inventario y recursos humanos. Sin embargo, la realidad muestra que muchas IPS aún presentan un bajo nivel de madurez en la gestión de riesgos y debilidades importantes en la implementación de mecanismos formales de control y reporte; aumentando la vulnerabilidad ante prácticas irregulares, dificulta la trazabilidad de los recursos y obstaculizar la respuesta oportuna frente a señales de alerta.

Por otra parte, las experiencias exitosas evidencian que la IPS que adoptan de manera sistemática herramientas de auditoría interna y forense, fortalecen los ciclos de retroalimentación, actualizan sus manuales de proceso y promueven la capacitación continua del personal, logran reducir los incidentes de fraude y consolidan entornos organizativos más protegidos frente a riesgos operativos y reputacionales. A partir de estos hallazgos, se concluye que el desafío no radica simplemente en diseñar controles o políticas efectivas, sino en garantizar la aplicación real monitoreo permanente y adaptación a las constantes cambios regulatorios y tecnológicos del sector salud, garantizando así la sostenibilidad financiera y la confianza social en las IPS.

El análisis general, de evaluación de control interno revela que la institución demuestra un sólido nivel de implementación en la mayoría de las áreas de control, incluida la ética, la gestión de riesgos, la comunicación y la supervisión, con puntajes promedio altos que indican procesos bien establecidos y monitoreo continuo. Sin embargo, algunos subsistemas, como la gestión de riesgos crediticios y actuariales, presentan deficiencias notables y una formalización incompleta, lo que apunta a debilidades persistentes que requieren atención para prevenir vulnerabilidades al fraude y garantizar una integridad financiera sostenida. En general, los controles internos sólidos y las mejoras continuas son esenciales para minimizar el riesgo y mantener la confianza en las operaciones

organizacionales, mientras que abordar las brechas existentes es crucial para la resiliencia y el cumplimiento normativo de la entidad.

5. Conclusiones

La investigación realizada acerca del fraude financiero en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en Colombia permite evidenciar la complejidad y la profundidad del fenómeno, así como a identificar las debilidades que tienen un efecto en la gestión financiera, la ética profesional y la transparencia en este sector vital para la sociedad. A partir del análisis detallado de las responsabilidades legales y éticas de auditores y revisores fiscales, la identificación de los factores de riesgo y la evaluación de la eficiencia de los controles internos y políticas organizacionales, por lo que se pueden extraer conclusiones significativas para fortalecer la gobernanza y la sostenibilidad de las IPS.

En primer lugar, se constata que las responsabilidades legales y éticas de los auditores y los revisores fiscales son fundamentales para la prevención y la detección temprana del fraude, dada su posición estratégica en la supervisión y certificación de la gestión financiera. Su independencia, conocimiento técnico, integridad y compromiso ético constituye pilares indispensables para poder garantizar la confianza en los informes financieros y apoyar la transparencia institucional. No obstante, la efectividad de su trabajo se ve limitada en contextos donde no se garantizan las condiciones óptimas de formación, autonomía y actualización normativa, favoreciendo la aparición de las prácticas fraudulentas.

En cuanto a los factores de riesgo, los hallazgos revelan que la insuficiencia en los controles internos, la falta de segregación adecuada de funciones, la presión por resultados financieros, y la ausencia de una cultura organizacional ética y de transferencia Son elementos

comunes que facilitan la ocurrencia del fraude financiero en las IPS. Además, la fragmentación del sistema de información la complejidad regulatoria y la participación de agentes internos y externo con intereses contrapuestos agravan el panorama, mostrando la necesidad imperante de mecanismos robustos, coordinados y flexibles que respondan eficazmente a estas condiciones.

Con respecto a la evaluación de los controles internos y las políticas organizacionales, los resultados muestran que cuando estos mecanismos son sólidos, integrados y acompañados de una política clara de ética, formación continua y supervisión permanente, contribuyen de manera significativa la reducción de riesgo y a la detección oportuna de las irregularidades. Por el contrario, las deficiencias de suplementación, la falta de mecanismos efectivos de denuncias y la resistencia al cambio institucional general ambiente propicios para la corrupción y la mala gestión de los recursos.

Para finalizar, la investigación resalta que la solución no se limita a aspectos técnicos sino que debe integrar un enfoque sistémico, que fortalezca la gobernanza por medio de liderazgos comprometidos, normativos actualizadas, cultura organizacional basada en la ética y el control, y la participación activa de los diferentes actores del sistema de salud. Solamente mediante esta articulación se hace posible avanzar hacia la sostenibilidad financiera, la calidad en la prestación de servicios y la garantía de los derechos fundamentales de la población. El estudio aporta evidencia valiosa que está orientada hacia las políticas públicas y las estrategias de gestión institucional para lograr mitigar el fraude financiero en las IPS, fortaleciendo la transparencia y contribuyendo a la confianza social en el sistema sanitario colombiano. Este trabajo invita a futuras investigaciones que profundicen en los

modelos innovadores de auditoria, gestión del riesgo y cultura organizacional, los elementos clave para enfrentar los retos actuales y futuros del sector salud.

6. Recomendaciones

La derivada del estudio enfatiza la necesidad de construir un sistema integral y dinámico que atienda las recomendaciones múltiples dimensiones de fraude Financiero en las Instituciones Prestadoras de Salud. Es vital fortalecer los controles internos por medio de la implementación de procesos claro que garantizan la segregación adecuada de las funciones y establezcan mecanismos de supervisión y auditoría periódica, los cuales deben adaptarse continuamente a la evolución de los riesgos. A la par, se debe fomentar una cultura organizacional basada en la ética y la transparencia, en donde la formación continua y la existencia de códigos éticos claros permitan al personal desarrollar una conciencia activa frente a las prácticas corruptas, apoyada en canal de seguros de denuncia que protegen a los informantes. La capacitación constante de auditores, revisores fiscales y demás actores clave resulta indispensable para asegurar su competencia técnica y actualización frente a las normativas y metodologías actuales, maximizando la efectividad en la detención de irregularidades.

De igual manera, no es indispensable la humanización tecnológica y la integración de los sistemas de información, recurriendo a herramientas avanzadas de análisis de datos y monitoreo en tiempo real que permita identificar patrones anómalos y responder con rapidez ante posibles fraudes. Este aspecto tecnológico también debe incluir medidas estrictas para proteger las transacciones electrónicas y salvar la confidencialidad de la información sensible, minimizando riesgos de ciberataques y suplantación de identidad.

Complementariamente, resulta perentorio que los marcos normativos se actualicen de manera constante para hacer frente a las nuevas modalidades y para facilitar la imposición de sanciones estrictas y ejemplares, en un marco que garantiza la aplicabilidad efectiva de la ley y la fiscalización realizada por los organismos competentes. Para maximizar el impacto de estas medidas, es vital fomentar la articulación y colaboración entre las diversas entidades regulatorias, órganos de control, y las propias IPS, con el fin de compartir información relevante, coordinar acciones y consolidar experiencia que fortalezcan la prevención y lucha contra el fraude.

Para finalizar, se recomienda que las IPS pue más mecanismos de transparencia retención de cuentas para la sociedad, garantizando que la gestión financiera, los informes y las políticas de mitigación de riesgos sean públicos y accesibles, lo cual contribuye a generar confianza y precisión social positiva. El adoptar de manera integral permitirá no solamente reducir la ocurrencia del fluido financiero, sino al vez establecer un cambio cultural y estructura profundo que aseguren la sostenibilidad financiera, la calidad del servicio y el respeto por los derechos fundamentales en el sistema de salud colombiano

Referencias

- ACFE (2020). *Report to the nations: Global study on occupational fraud and abuse*. Association of Certified Fraud Examiners.
- ACTUE. (2015). *Decálogo de transparencia e integridad para el sector salud colombiano*. Unión Europea.
- ACTUE. (2018). *Riesgos de corrupción y tolerancia en el sector salud de Colombia: una evaluación integral de la corrupción y las estrategias de integridad del sector*. Unión Europea.
- ASF (2011) *Introducción a la auditoría forense*. Unidad General de Administración e Instituto de Capacitación y Desarrollo en Fiscalización Superior. Auditoría Superior de la Federación. Cámara de Diputados.
- Anti-Corruption Resource Centre. (2020). *Medidas de mitigación para la gran corrupción en el sector salud*. U4.
- Arquitectura, Y. (2017). Centro del Pensamiento Coomeva. Exposición de larga duración. Distribución temática
- Association of Certified Fraud Examiners. (2020). *2020 Report to the Nations: The Global Study on Occupational Fraud and Abuse*. <https://www.acfe.com/report-to-the-nations/2020/>
- Asociación Interamericana de Contabilidad. (2024). *Manual de procedimientos de auditoría forense* (1.ª ed.). Comisión Técnica Interamericana de Peritaje Contable y Auditoría Forense.
- Auditool. (2024). El diamante del fraude. Recuperado de [Auditool.org](https://www.auditool.org)
- Bermúdez, L., & Villalba, F. (2024). The impact of fraud on the competitiveness of the institutions providing health services “IPS” of Valledupar. *Ad-Gnosis*, 13(14), e-736.

- Bueno, J. y Santos, D. C. (2012). Teoría de la agencia en la determinación de la estructura de capital. casos sectores económicos del departamento del Valle del Cauca. *Prolegómenos. Derechos y Valores*, XV(30), 161-176.
- Comisión Nacional de Precios. (2021). Informe anual sobre regulación de precios y cumplimiento normativo. Ministerio de Salud.
- CPA (2024). The fraud diamond: Considering the four elements of fraud. *The CPA Journal*.
- Creswell, J. (2014). Diseño de investigación: Enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos. Sage Publications.
- Díaz, E. Y Mora, M. (2013). *Auditoría aplicada a la seguridad del sistema de información dinámica gerencial hospitalaria del Hospital Universitario Departamental de Nariño* [Trabajo de grado, Universidad de Nariño, Facultad de Ingeniería, Programa de Ingeniería de Sistemas]. Universidad de Nariño.
- Donald R. Cressey, Dinero de los demás (Montclair: Patterson Smith, 1973) p.30
- Fonseca, A (2019) Auditoría forense aplicada a la administración de la salud, *1a. edición*. Bogotá: Ediciones de la U, 178 págs.
- Franco, R. (2020). Las teorías del control y evaluación organizacional independiente. *Criterio Libre*, 18(32), 71-107.
<https://www.revistaesmicgjm.com/index.php/esmic/article/view/35/452>
- Gómez, F. (2021). Fraude y desnaturalización de la asistencia sanitaria gestionada: el caso colombiano. *Revista Republicana*, (31), 55-70.
<http://dx.doi.org/10.21017/Rev.Repub.2021.v31.a107>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.
- Hendrastuti, R., y Harahap, R. F. (2023). *Teoría de la agencia: Revisión de la teoría e investigaciones actuales*. Jurnal Akuntansi Aktual, 10(1), 85-100.
<http://dx.doi.org/10.17977/um004v10i12023p085>
- Hurtado, N. (2014). *Estándares internacionales de auditoría: Reflexión sobre la implementación en la revisoría fiscal en Colombia* (Ensayo de grado, Universidad Militar Nueva Granada). Facultad de Ciencias Económicas, Programa de Contaduría Pública.
- Izquierdo, K. (2016). *Auditoría forense: origen y aproximación como ciencia* [Artículo]. @puntos cont@bles, (18), 185-193.
- Mackenzie, T., Buitrago, M., Giraldo, P., Parra, J. y Valencia, J. (2013). *La teoría de la agencia. El caso de una universidad privada en la ciudad de Manizales*. Equidad & Desarrollo, (19), 53-76.
- Martins, V., Da Silva, W., De Melo, R., Marchetti, R., y Da Veiga, C. (2016). Applied agency theory in the public sector . Espacios 37(35), 24-41
- Merino, G. Y Reyes, J. (2014). *Los procesos de auditoría forense como método de prevención y detección del fraude en la provincia de Pichincha en las empresas industriales manufactureras de textiles* (Tesis de pregrado, Universidad Politécnica Salesiana, Sede Quito). Universidad Politécnica Salesiana.
- Mesicic, M. (2016). *Programa básico de formación para auditores y abogados. Módulo 01: Sistema Nacional de Control Fiscal. Unidad 02. Control Interno* (pp. 3-66).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Gestión pública en salud y prevención del fraude.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Ley 1438 de 2011 Estatuto Anticorrupción*. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Políticas para la prevención y control del fraude en el sector salud*. Bogotá, Colombia.

Puche, M. y Velasco, J. (2018). *La auditoría forense: Proceso y características*. Universidad La Gran Colombia, Facultad de Postgrados, Especialización Control de Gestión y Revisoría Fiscal. Bogotá, D.C.

Quintero, W., Peñaranda, M. y Rodríguez, M. (2020). Naturaleza de las organizaciones y sus costos de transacción: Análisis de la teoría de agencia, teoría de la organización y teoría de la firma. *Revista ESPACIOS*, 41(31), 8.

Ryan, R. y Deci, E. (2023). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness* (2nd ed.). Guilford Press.

Salnave, M. y Lizarazo, J. (2017). *El sistema de control interno en el Estado colombiano como instancia integradora de los sistemas de gestión y control para mejorar la eficacia y efectividad de la gestión pública a 2030* (Tesis de maestría, Universidad Externado de Colombia, Facultad de Administración).

Samudio, E. (2001). Comportamiento criminal y delitos contra la salud pública.

Superintendencia Nacional de Salud. (2021). *Circular Externa 202117000000055: Directrices para la gestión del riesgo de liquidez y fraude financiero en entidades del sector salud*.

Superintendencia de Industria y Comercio (2024). La Superintendencia sancionó a la IPS clínica de la costa por infringir el precio máximo de venta de medicamentos utilizados para el tratamiento de enfermedades graves | Sede Electrónica. Sic.gov.co.

- UNODC (2023). *Revisión de riesgos de corrupción del sector salud con foco en adquisición de medicamentos y tecnologías de la salud*. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito para la Región Andina y el Cono Sur.
- Wolfe, D., y Hermanson, D. (2004). The fraud diamond: Considering the four elements of fraud. *The CPA Journal*, 74(12), 38-42.
- Zhapa, E., y Añazco, M. (2022). Auditoría Forense y Fraudes Financieros. *Pol. Con.* (Edición núm. 70), 7(5), 1010-1021. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i5.4008>

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta de Evaluación de control interno (2024)

[illegible]

Anexo 2: Información subsistema de riesgo IPS

1. SARO

Supersalud		MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL			
Normativa: CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021			
ÁMBITO DE APLICACIÓN: IPS GRUPOS C1, C2 Y D1			
El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias,			
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERATIVO			
CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS			SELECCIONE
a. Identificación del Riesgo			
101	¿La entidad cuenta con la documentación (flujogramas y caracterizaciones) de todos los procesos de la entidad, como mínimo de los siguientes procesos: atención ambulatoria, atención hospitalaria y quirúrgica, atención de urgencias, atención de apoyo diagnóstico y terapéutico, referencia y contrarreferencia, sistemas de información en salud, calidad, gestión del talento humano, gestión financiera, gestión administrativa y legal?	SI	
102	¿La entidad cuenta con la identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos?	PARCIAL	
103	¿La entidad cuenta con un listado de procesos jurídicos en los que se encuentre involucrada como demandada y/o como demandante?	SI	
104	¿La entidad ha determinado las potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados?	NO	
105	¿La entidad cuenta con la matriz de riesgos inherente y residual para nuevos procesos o para la modificación de cualquier proceso, así como en los casos de fusión, adquisición, cesión de activos, pasivos y contratos, entre otros?	NO	
106	¿La entidad cuenta con el registro de eventos de riesgo operacional que contenga como mínimo: referencia, área o dependencia, proceso, fecha de descubrimiento, fecha de inicio, fecha de finalización, descripción del evento, producto-servicio afectado, clase de evento, tipo de pérdida, divisa, cuantía, cuantía total recuperada, cuantía recuperada por seguros, cuentas del plan de cuentas afectadas, fecha de contabilización, datos del registro?	NO	
b. Medición y Evaluación del Riesgo			
107	¿La entidad cuenta con una metodología implementada para mejorar la medición de la probabilidad de ocurrencia y del impacto de los riesgos identificados acorde con los eventos de riesgo operacional materializados?	PARCIAL	
108	¿La entidad cuenta con un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva, que adopte mínimo los siguientes elementos: identificación de eventos que pueden afectar la operación, actividades por realizar cuando se presentan las fallas, alternativas de operación y proceso de retorno a la actividad normal?	PARCIAL	
c. Controles del Riesgo			
109	¿La entidad ha diseñado e implementado controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad, impacto o ambos?	NO	
110	¿La entidad ha incorporado los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos?	NO	

2. Liquidez

Supersalud		MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ			
Normativa: CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021			
ÁMBITO DE APLICACIÓN: IPS GRUPOS C1, C2 Y D1			
El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto			
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ			
CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS			SELECCIONE
a. Identificación del Riesgo			
118	¿La entidad tiene identificados los activos considerados como líquidos, todas las inversiones en títulos o valores, sean de renta fija o renta variable, (que considere de fácil realización)?	SI	
119	¿La entidad tiene identificados los recursos y plazos de recuperación de cartera?	SI	
120	¿La entidad tiene identificados los ingresos causados y recibidos por venta o prestación de servicios de salud?	SI	
121	¿La entidad tiene identificado cualquier otra entrada futura de efectivo que espere recibir?	SI	
122	¿La entidad tiene identificadas y caracterizadas las cuentas por pagar bajo cualquier concepto (insumos y medicamentos, dispositivos médicos o equipo biomédico, salarios, gastos operativos y administrativos, entre otros)?	SI	
123	¿La entidad tiene identificadas y caracterizadas el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación?	SI	
124	¿La entidad tiene identificadas y caracterizadas las salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto que espera entregar?	SI	
b. Evaluación y Medición			
125	¿La entidad cuenta con una metodología o técnica aplicada para la proyección de flujos de caja con el fin de establecer las necesidades de liquidez, posición neta de liquidez y margen de liquidez?	PARCIAL	
126	¿La entidad adoptó el modelo de flujo de caja "Modelo básico flujos de caja IPS.xlsx", o elaboró su propio modelo de liquidez o proyecciones de flujos de caja, el cual debe estar a disposición de esta Superintendencia?	PARCIAL	
127	¿La entidad reporta, según la periodicidad que le corresponde, el archivo FT018 - "Datos para el cálculo del riesgo de liquidez" que se anexa a la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021?	SI	
c. Tramitación y Controles			
128	¿La entidad ha implementado controles que guardan relación con el volumen y la complejidad de la operación desarrollada, están aprobados y son de conocimiento verificable por la Junta Directiva o quien haga sus veces?	SI	
129	¿La entidad cuenta con un SARL que permite realizar seguimiento continuo de la exposición a este riesgo mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez con el fin de realizar los controles adecuados para evitar la materialización de este riesgo?	PARCIAL	
130	¿La entidad ha establecido las medidas que se adoptarán frente a la materialización del riesgo de liquidez?	PARCIAL	
131	¿La entidad cuenta con los reportes gerenciales y de monitoreo del riesgo de liquidez que evalúe los resultados de las estrategias adoptadas e incluyen el resumen de las posiciones que contribuyen significativamente a dicho riesgo?	NO	
132	¿La entidad ha establecido límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acordes con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés?	PARCIAL	
133	¿La entidad cuenta con modelos que incorporan escenarios de stress y back testing como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de las pruebas de liquidez y hacerlas parte de estas para hacer ajustes posteriores?	NO	
134	¿La entidad cuenta con un sistema de información que permita la identificación y gestión del recaudo de los ingresos y egresos de la entidad, acorde con los diferentes rubros?	SI	
135	¿La entidad cuenta con un registro oportuno, de preferencia en tiempo real, de los costos de la entidad?	SI	
136	¿La entidad ha implementado procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones a los diferentes acreedores?	PARCIAL	
137	¿La entidad cuenta con un sistema que permita la radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, por parte de los proveedores y la trazabilidad de las mismas?	SI	

3. Crédito

Supersalud		MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO			
Normativa: CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021			
ÁMBITO DE APLICACIÓN: IPS GRUPOS C1, C2 Y D1			
El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por			
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO			
CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS			SELECCIONE
a. Identificación del Riesgo			
138	¿La entidad tiene identificados los activos expuestos al riesgo de crédito (como mínimo las cuentas por cobrar y los instrumentos financieros)?	SI	
b. Evaluación y Medición			
139	¿La entidad cuenta con un procedimiento para la evaluación de la probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un período de tiempo de 12 meses?	NO	
140	¿La entidad ha categorizado cada tipo de activo de acuerdo con la calidad del deudor/contraparte, con el fin de orientar posteriormente la asignación de factores de riesgo diferenciales según dicha categorización?	SI	
141	¿La entidad cuenta con un procedimiento para la estimación de la pérdida esperada en que podría incurrirse en caso de materializarse el incumplimiento de sus contrapartes?	NO	
142	¿La entidad cuenta con un procedimiento para ejecutar análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimiento de pago, teniendo en cuenta los acuerdos de voluntades?	NO	
143	¿La entidad realiza un análisis segmentado por líneas de negocio (en los casos en que la entidad desarrolle varias actividades dentro del sector como aseguramiento obligatorio, voluntario, prestación de servicios de salud) y el concepto generador de la obligación, en el caso de las cuentas por cobrar?	NO	
144	¿La entidad cuenta con un procedimiento para clasificación de seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitidas por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo como para el emisor?	PARCIAL	
145	¿La entidad ha asignado factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo?	NO	
c. Tratamiento y Controles			
146	¿La entidad ha implementado políticas para la fijación de niveles y límites de exposición de los créditos totales, individuales y por portafolio de inversión?	NO	
147	¿La entidad ha implementado políticas para la fijación de porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad?	NO	
148	¿La entidad ha implementado políticas de cubrimiento al riesgo de crédito por medio de provisiones o deterioro de los activos generales e individuales?	NO	
149	¿La entidad ha implementado políticas y procedimientos que le permita tomar medidas oportunamente para enfrentar incumplimientos y minimizar las posibles pérdidas?	NO	
150	¿La entidad cuenta con la estimación del capital expuesto al riesgo de crédito (nivel de patrimonio comprometido por las pérdidas no esperadas) a través de metodologías internas y acorde con las políticas de gestión del riesgo de crédito aprobadas?	NO	
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS			
151	¿La entidad cuenta con un modelo de cálculo de deterioro/provisiones por riesgo de crédito que sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las contrapartes y que se ajuste a la normatividad vigente?	SI	
152	¿La entidad tiene definidos procedimientos específicos de seguimiento, cobranza de las deudas y para el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentren en incumplimiento?	SI	
153	¿La entidad cuenta con estrategias de gestión de glosas ante las EPS, la ADRES o ante las Entidades Territoriales según sea el caso?	SI	
154	¿La entidad cuenta con bases históricas mínimo de 3 años para el diseño del modelo para la administración del riesgo de crédito o ha diseñado un plan de ajuste en el cual se expongan los procedimientos y fechas en las cuales se logrará cumplir con esta recomendación?	NO	

4. Actuarial

Supersalud		MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL			
Normativa: CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021			
ÁMBITO DE APLICACIÓN: IPS GRUPOS C1, C2 Y D1			
Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes			
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL			
CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS			SELECCIONE
a. Identificación del Riesgo			
166	¿La entidad realiza caracterización de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta el contexto geográfico y los aspectos demográficos?	SI	
167	¿La entidad realiza caracterización de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta la situación de morbi-mortalidad?	SI	
168	¿La entidad cuenta con métodos que le permitan identificar posibles incrementos en los costos de insumos y medicamentos, entre otros?	NO	
169	¿La entidad analiza el comportamiento de la variabilidad del ingreso y el costo de la entidad?	PARCIAL	
b. Evaluación y Medición			
170	¿La entidad cuenta con modelos cuantitativos que contemplen las pérdidas esperadas a las que se encuentra expuesta la entidad?	NO	
171	¿La entidad cuenta con modelos cuantitativos que contemple acciones ante pérdidas inesperadas a las que se encuentra expuesta la entidad?	NO	
172	¿La entidad cuenta con modelos estadísticos basados en la probabilidad que le permitan identificar posibles cambios en el contexto geográfico, demográfico y social?	NO	
173	¿La entidad cuenta con modelos estadísticos basados en la probabilidad que le permitan identificar posibles cambios en los índices de morbi-mortalidad?	NO	
174	¿La entidad anticipa incrementos en los costos de atención que puedan sobrepasar el valor pactado en los contratos?	SI	
c. Controles			
175	¿La entidad cuenta con controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo?	PARCIAL	
176	¿La entidad cuenta con las políticas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector?	NO	
177	¿La entidad realiza y documenta pruebas de stress-testing?	NO	
178	¿La entidad realiza y documenta pruebas de back-testing?	NO	

5. SARLAFT

00000000000000		
Normativa: CE 009 DE 2016 MODIFICADA POR LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 ÁMBITO DE APLICACIÓN: IPS GRUPOS C1, C2 Y D1		
El SARLAFT es el sistema de prevención y control que deben implementar los agentes que componen el SGSSS para la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT), en virtud del cual, tales agentes deben adoptar procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares. El mencionado sistema debe comprender el diseño, aprobación e implementación de políticas y procedimientos para la prevención y control del riesgo de LA/FT. Las políticas y procedimientos que se adopten deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento del SARLAFT y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de la entidad, sus empleados y socios.		
LÍNEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA - LA/FT/FPADM		
CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS		SELECCIONE
a. Identificación del Riesgo		
7	¿La entidad ha identificado los factores de riesgo de LA/FT/FPADM asociados a su negocio?	PARCIAL
8	¿La entidad cuenta con mecanismos para detectar señales de alerta de LA/FT/FPADM?	PARCIAL
9	¿La entidad dentro de la etapa de identificación de riesgos de LA/FT/FPADM contempla el análisis del contexto interno y externo?	PARCIAL
b. Evaluación y Medición		
10	¿La entidad adoptó la metodología y/o técnica para la medición del riesgo LA/FT/FPADM que permite determinar la probabilidad de ocurrencia y el impacto del riesgo?	PARCIAL
11	¿La entidad adoptó la metodología y/o técnica para la medición del riesgo de LA/FT/FPADM que permite realizar una evaluación por factores de riesgo?	PARCIAL
c. Controles		
12	¿La entidad cuenta con controles definidos para mitigar los riesgos de LA/FT/FPADM?	PARCIAL
13	¿La entidad cuenta con los controles definidos para mitigar los riesgos de LA/FT/FPADM, los cuales incluyen descripción de cómo se debe ejecutar, responsables de ejecución, frecuencia y/o plazo de aplicación y evidencias?	PARCIAL
14	¿La entidad efectúa la verificación de la efectividad de los controles que mitigan los riesgos de LA/FT/FPADM, por lo menos una vez al año?	PARCIAL
POLÍTICAS		
15	¿La entidad cuenta con las políticas de debida diligencia, vinculación y conocimiento de clientes, usuarios, Personas Expuestas Políticamente (PEPs), asociados, trabajadores, empleados y proveedores?	SI
16	¿La entidad ha establecido políticas sobre montos máximos de efectivo?	SI
17	¿La entidad ha formulado políticas para la identificación de operaciones inusuales y/o sospechosas?	SI
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		
18	¿La entidad cuenta con el manual de procedimientos del SARLAFT aprobado oficialmente en la entidad por la Junta Directiva o quien haga sus veces?	PARCIAL
19	¿La entidad ha establecido procedimientos que contemplen la necesidad de identificar situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios y contratos que realiza?	PARCIAL
20	¿La entidad ha establecido los procedimientos que contemplan análisis de riesgos LA/FT/FPADM cuando se incurra en nuevos mercados o se ofrezcan nuevos bienes o servicios?	PARCIAL
21	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia en clientes y usuarios?	SI
22	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia en Personas Expuestas Políticamente - PEPs?	SI
23	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia en asociados?	PARCIAL
24	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia en trabajadores, empleados y proveedores?	SI
25	¿La entidad cuenta con procesos y procedimientos que le permitan conocer la procedencia de los aportes que los socios y/o accionistas hacen en dinero o en especie?	PARCIAL
26	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para consultar de forma permanente las listas vinculantes para Colombia de los miembros de la organización (clientes, usuarios, PEP, socios, trabajadores, empleados y proveedores)?	SI
27	¿La entidad tiene procedimientos apropiados para determinar el monto máximo de las transacciones en efectivo que se puede manejar?	PARCIAL
FUNCIONES DE LOS ORGANOS DE ADMINISTRACION Y CONTROL		
Dentro de sus funciones tiene asignadas:		
a. Junta Directiva:		
28	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces aprobó el manual de procedimientos del SARLAFT y sus actualizaciones?	PARCIAL
29	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces designó al Oficial de Cumplimiento principal y su respectivo suplente?	SI
30	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces se pronunció sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizó el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas?	PARCIAL
31	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces aprobó las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT/FPADM?	PARCIAL
b. Oficial de Cumplimiento:		
32	¿El oficial de cumplimiento depende directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad. (mínimo segundo nivel jerárquico)?	SI
33	¿El oficial de cumplimiento tiene la capacidad decisoria frente a reportes y temas relacionados con la prevención del riesgo de LA/FT/FPADM?	PARCIAL
34	¿El oficial de cumplimiento acredita el conocimiento en administración y gestión de riesgos de LA/FT/FPADM (certificaciones expedidas por instituciones educativas autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional): Diplomado en Riesgo de LA/FT/FPADM mínimo de 90 horas y curso e-learning UIAF o Especialización en Gestión de Riesgos en general o Certificar 4 años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos?	PARCIAL
35	¿El oficial de cumplimiento es empleado directo de la entidad?, Si su entidad pertenece a un Grupo Empresarial oficialmente reconocido, es funcionario de alguna de las entidades del grupo?	SI
c. Revisor Fiscal y Auditoría Interna:		
36	¿La Auditoría Interna y la Revisoría Fiscal presentan los informes con una periodicidad mínima anual a la Junta Directiva y Representante Legal del cumplimiento o incumplimiento del SARLAFT/FPADM?	PARCIAL
37	¿La Auditoría Interna y la Revisoría Fiscal ha puesto en conocimiento del Oficial de Cumplimiento las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT/FPADM o de los controles establecidos?	PARCIAL
38	¿La Auditoría Interna ha evaluado semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT/FPADM?	PARCIAL
39	¿La Auditoría Interna ha informado los resultados de la evaluación semestral de la efectividad y el cumplimiento de las etapas y elementos del SARLAFT/FPADM al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva?	PARCIAL
5. REPORTES		
Reportes a la UIAF:		
40	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Operaciones Sospechosas a través de la plataforma SIREL (Sistema de Reporte en Línea)?	SI
41	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Transacciones en Efectivo (Procedimientos) a través de la plataforma SIREL?	SI
42	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Transacciones en Efectivo (Proveedores) a través de la plataforma SIREL?	SI
43	¿La entidad realiza oportunamente los Reportes de Ausencia de ROS y/o Ausencia de Transacciones en Efectivo a través de la plataforma SIREL?	SI
6. CAPACITACIÓN		
44	¿La entidad realiza los planes y/o programas de capacitación con una periodicidad mínima anual?	PARCIAL
45	¿La entidad enfoca los planes y/o programas de capacitación a todas las áreas y funcionarios de la entidad?	PARCIAL
46	¿La entidad realiza los planes y/o programas de capacitación incluyendo a los nuevos empleados y se los brinda en los procesos de inducción?	PARCIAL

6. SICOF

Supersalud		MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF		
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD - IPS		
Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos: * Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo. * Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones. * Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.		
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF		
CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS		SELECCIONE
a. Identificación		
47	¿La entidad tiene identificados y documentados todos los procesos?	NO
48	¿La entidad ha contemplado dentro de la etapa de identificación de riesgos de COF el análisis del contexto interno y externo?	NO
49	¿La entidad ha identificado los factores de riesgo de COF y los partes interesadas del negocio?	NO
b. Medición		
50	¿La entidad cuenta con la metodología y/o técnica para la medición del riesgo de COF que permita determinar la probabilidad de ocurrencia y el impacto del riesgo?	NO
51	¿La entidad tiene calculado el perfil de riesgo inherente?	NO
c. Control		
52	¿La entidad cuenta con controles definidos para mitigar los riesgos de COF?	NO
53	¿La entidad cuenta con los controles definidos para mitigar los riesgos de COF incluyendo la descripción de cómo se debe ejecutar, responsables de ejecución, frecuencia y/o plazo de aplicación, propósito del control, instrucción a seguir en caso de desviaciones, evidencias y naturaleza (preventivo, detectivo, correctivo)?	NO
54	¿La entidad tiene calculado el perfil de riesgo residual?	NO
d. Monitoreo		
55	¿La entidad realiza seguimiento con una periodicidad mínima anual?	NO
56	¿La entidad cuenta con indicadores para hacer seguimiento al SICOF?	NO
57	¿La entidad genera un reporte semestral con la gestión de los riesgos de COF y su perfil de riesgos inherente y residual?	NO
MECANISMOS, INSTRUMENTOS		
58	¿El Oficial de Cumplimiento o persona encargada del SICOF ha reportado ante la autoridad competente cuando se han presentado posibles actividades de COF?	NO
59	¿La entidad tiene identificados y segmentados los Factores de Riesgo a los que se ve expuesta?	NO
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RESPONSABILIDADES		
Dentro de sus funciones tiene asignadas:		
a. Junta Directiva:		
60	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces aprobó el Manual de Procedimientos de prevención de la COF y sus actualizaciones?	NO
61	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces hace seguimiento y se pronuncia sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad?	NO
62	¿La Junta Directiva o quien haga sus veces se ha pronunciado respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF?	NO
b. Representante Legal:		
63	¿El Representante Legal ha designado el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF?	NO
c. Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada:		
64	¿El Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada del SICOF tiene dentro de sus funciones el desarrollar e implementar el sistema de reportes internos y externos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad?	NO
65	¿El Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada del SICOF tiene dentro de sus funciones el establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad?	NO
66	¿El Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada del SICOF propone al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evalúa la efectividad de dichos programas y controles?	NO
67	¿El Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada ha elaborado el plan anual de acción del SICOF y le ha dado estricto cumplimiento?	NO
d. Revisor Fiscal y Auditoría Interna:		
68	¿La Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna han presentado un informe con una periodicidad mínima anual sobre las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos del SICOF?	NO
69	¿La Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna han puesto en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF?	NO
70		
71	¿La Auditoría Interna ha informado los resultados de la evaluación de la efectividad y el cumplimiento de las etapas y elementos del SICOF al Representante Legal y a la Junta Directiva?	NO
DOCUMENTACIÓN		
72	¿La entidad cuenta con un documento que soporte la comunicación a todos los funcionarios de la entidad del Mapa de Riesgos, políticas y metodologías?	NO
El Manual de prevención de COF contiene como mínimo:		
73	¿El Manual de prevención de COF contiene las políticas COF (Administración del riesgo, protección de personas denunciante, confidencialidad de personas que informen posibles casos)?	NO
74	¿El Manual de prevención de COF contiene la estructura Organizacional COF?	NO
75	¿El Manual de prevención de COF contiene los roles y responsabilidades de los participantes en la administración de COF?	NO
76	¿Los procedimientos y metodologías (identificar, medir, controlar y monitorear) de los riesgos de COF y aquellos para implementar y mantener el registro de eventos COF?	NO
77	¿El Manual de prevención de COF contiene los procedimientos que deben implementar los Órganos de Control frente al SICOF?	NO
78	¿El Manual de prevención de COF contiene las estrategias de Capacitación y Divulgación del SICOF?	NO
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN		
Divulgación de Información:		
79	¿La entidad tiene diseñado un sistema de reportes internos?	NO
80	¿La entidad tiene diseñado un sistema de reportes externos?	NO
81	¿La entidad cuenta con canales de comunicación especiales para la recepción de denuncias como: Líneas telefónicas, correos electrónicos, buzones especiales en el sitio web, entre otros?	NO
Los planes y/o programas de capacitación:		
82	¿La entidad realiza los planes y/o programas de capacitación con una periodicidad mínima anual?	NO
83	¿La entidad enfoca los planes y/o programas de capacitación a todas las áreas y funcionarios (incluye terceros siempre y cuando exista relación contractual y desempeñen funciones de la entidad)?	NO
84	¿La entidad incluye en los planes y/o programas de capacitación a los nuevos empleados y se los brinda en los procesos de inducción?	NO

Anexo 3: Encuesta de evaluación del sistema de control interno

OBJETIVO

Evaluar el estado de cada uno de los componentes del Sistema de Control interno de la entidad, con el fin de adelantar acciones para su mejoramiento.

ALCANCE

Muestreo por decisión

DEFINICIONES

- a) Ambiente de Control: Los factores del ambiente de control incluyen la integridad, los valores éticos y la competencia de la gente de la entidad; la filosofía y el etilo de operación de la administración; la manera como la administración asigna autoridad y responsabiliza, y cómo organiza y desarrolla a su gente; y la atención y dirección proporcionada por el consejo directivo.
- b) Gestión de Riesgos: La valoración de riesgos es la identificación y el análisis de los riesgos relevantes para la consecución de los objetivos, constituyendo una base para determinar como se deben administrar los riesgos.
- c) Actividades de Control: Políticas y procedimientos que ayudan a asegurar que las directrices administrativas se lleven a cabo, ayudan a asegurar que se tomen las acciones necesarias para orientar los riesgos hacia la consecución de los objetivos de la entidad
- d) Evaluaciones Independientes Por medio del monitoreo se realizan evaluaciones internas, no obstante es necesario realizar evaluaciones que se centren directamente sobre la efectividad del SCISF, las cuales deben ser efectuadas por personas totalmente independientes del proceso, como requisito indispensable para garantizar su imparcialidad y objetividad.
- e) Información y comunicación: Se deben identificar, capturar e intercambiar información en una forma y período de tiempo que permita al personal cumplir con sus responsabilidades y a los usuarios externos contar oportunamente con elementos de juicio suficientes para la adopción de las decisiones que les corresponden.
- f) Direccionamiento Estratégico. Elementos de control que al interrelacionarse, establecen el marco de referencia que orienta a la entidad , planes y programas, modelo y estructura organizacional que ayudan a la organización a lograr sus objetivos y metas globales.

METODOLOGIA.

Las preguntas deben ser respondidas en su totalidad

La calificación en todos los niveles corresponde a los siguientes rangos de implementación

Puntaje Criterio

0	NO SABE
1	NO
2	MEDIANAMENTE
3	SI

COMPONENTE	No.	ENUNCIADO	RESPUESTAS 0=NO SABE 1=NO 2=MEDIANAMENTE 3= SI	OBSERVACION O COMENTARIOS ADICIONALES
AMBIENTE DE CONTROL	1	La entidad cuenta con un documento que contiene los principios éticos y valores corporativos.	3	
	2	¿El personal conoce el objetivo general, las atribuciones y los principales procesos y proyectos a cargo ?	3	
	3	¿El manual de organización está actualizado y corresponde con la estructura organizacional autorizada?	3	
	4	¿Los perfiles y descripciones de los puestos están definidos y alineados con las funciones ?	3	
	5	La entidad cuenta con políticas para el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los empleados.	3	
	6	Se ha realizado medición del clima laboral en los últimos dos años?	2	El año pasado no

	7	Considera que los empleados han recibido los conocimientos y entrenamientos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.	3	
	8	Los encargados de evaluar a los empleados han realizado seguimiento al desempeño.	3	
	9	Se han cumplido los términos de la evaluación del desempeño?	2	
	10	La Alta dirección ha generado lineamientos para fortalecer el sistema de control interno	3	

COMPONENTE ESTRATEGICO	1	La Misión, visión, objetivos institucionales, acciones, cronogramas, responsabilidades y metas son acordes con el quehacer misional de la entidad.	3	
	2	El marco legal se encuentra actualizado frente a las competencias, responsabilidades o cometidos asignados a la entidad por la ley.	3	
	3	Para la formulación de los planes estratégicos y programas de la entidad se tuvo en cuenta: a. partes interesadas, b. requerimientos y expectativas de los clientes. Un análisis o verificación de los requerimientos legales d. presupuesto.	2	
	4	Se ha realizado seguimiento a la planeación estratégica frente al cumplimiento de las actividades propuestas.	3	

5	Se ha realizado seguimiento a la ejecución presupuestal.	2	
6	Con base en los resultados de los seguimientos se han efectuado ajustes a la planeación.	2	
7	La entidad cuenta con un modelo de gestión por procesos de acuerdo a su gestión el cual, muestra las diferentes interrelaciones y cadenas de valor, que permiten el desarrollo y alcance de la misión y visión institucionales.	3	
8	Se han realizado las revisiones a los procesos y ajustes a ser necesarios.	3	

9	Ha tenido en cuenta los requerimientos de los clientes cuando se han realizado revisiones a los procesos.	2	Depende del tipo de del tipo de contrato
10	Se han realizado revisiones a los indicadores de los procesos y ajustes cuando ha sido necesario.	2	Se revisan por los comités que lo exigen con una periodicidad
11	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que contribuye a la gestión por procesos	2	
12	Los niveles de autoridad y responsabilidad de la entidad han facilitado la toma de decisiones.	3	
13	Se tienen en cuenta los niveles de autoridad y responsabilidad en la ejecución de los procesos.	3	
14	En el último año se han realizado jornadas de socialización del mapa de procesos al personal	3	

ADMINISTRACION DEL RIESGO	1	La Entidad ha definido los lineamientos e instrumentos para el proceso de identificación, manejo y control de los riesgos.	3	
	2	La entidad ha revisado el documento soporte de contexto estratégico para determinar nuevos factores de riesgo.	3	
	3	Se han realizado acciones tendientes a mejorar las políticas de Administración de riesgo.	3	
	4	Se ha hecho seguimiento a la efectividad de los controles de los riesgos identificados.	3	
	5	La alta dirección ha revisado los lineamientos con respecto al tratamiento de riesgos.	3	
	6	La entidad ha verificado el cumplimiento de las políticas de administración del riesgo.	3	

	7	Se aplica la metodología expedida por el Dpto. de Planeación para la Administración del riesgo.	2	
ACTIVIDADES DE CONTROL	1	Las políticas y procedimientos de operación de la Entidad, están adoptadas y divulgadas.	3	
	2	Se desarrollan las actividades de acuerdo a las políticas y procedimientos documentados.	3	
	3	La entidad tiene definidos los controles preventivos y correctivos para los procesos y actividades	3	
	4	Se han realizado revisiones a los procedimientos por parte de los responsables de los procesos.	3	
	5	Se ha llevado a cabo revisión a los controles.	3	

	6	La entidad cuenta con indicadores que le permiten realizar la evaluación de su gestión.	2	Si. No en su mayoría, pero si se tiene indicadores a los procesos misionales
	7	La entidad cuenta con políticas para el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los empleados.	3	
	8	Se ha revisado la pertinencia de los indicadores para evaluar la gestión de los procesos.	2	
	9	Se ha realizado la evaluación de los indicadores teniendo en cuenta la oportunidad, finalidad, claridad, practicidad, confiabilidad, entre otros aspectos.	2	
	10	Los procedimientos, políticas y protocolos de la entidad, son elaborados a partir de la recopilación e integración de la información que regula las acciones de la entidad.	3	

	11	Los manuales de procedimientos, políticas, protocolos son de fácil acceso para todos los trabajadores de la entidad.	3	
	12	Los procedimientos son utilizado como herramienta de consulta.	3	
	13	Los documentos del sistema de gestión de la calidad se actualizan con base en los cambios y requerimientos de la organización.	3	
INFORM	1	La Entidad tiene identificadas las fuentes internas y externas de la información y los mecanismos para su administración y manejo	3	

	2	Se clasifica la información teniendo en cuenta sus necesidades de operación.	3	
	3	La Entidad tiene identificados los mecanismos para la administración de la información que se origina y procesa en su interior	3	
	4	Existe un procedimiento para la recepción y análisis de la información que soporta la operación.	2	
	5	Conoce y tiene en cuenta para sus procesos de atención al cliente los procedimientos y protocolos establecidos.	3	
	6	Los cuadros de control documental se mantienen actualizados de acuerdo a los lineamientos de la norma ISO 9001:2008.	3	
	7	Se cuenta con un mecanismo organizado o sistematizado para la captura, procesamiento, administración y distribución de la información.	3	

	11	Los manuales de procedimientos, políticas , protocolos son de fácil acceso para todos los trabajadores de la entidad.	3	
	12	Los procedimientos son utilizado como herramienta de consulta.	3	
	13	Los documentos del sistema de gestión de la calidad se actualizan con base en los cambios y requerimientos de la organización.	3	
INFORM	1	La Entidad tiene identificadas las fuentes internas y externas de la información y los mecanismos para su administración y manejo	3	

	2	Se clasifica la información teniendo en cuenta sus necesidades de operación.	3	
	3	La Entidad tiene identificados los mecanismos para la administración de la información que se origina y procesa en su interior	3	
	4	Existe un procedimiento para la recepción y análisis de la información que soporta la operación.	2	
	5	Conoce y tiene en cuenta para sus procesos de atención al cliente los procedimientos y protocolos establecidos.	3	
	6	Los cuadros de control documental se mantienen actualizados de acuerdo a los lineamientos de la norma ISO 9001:2008.	3	
	7	Se cuenta con un mecanismo organizado o sistematizado para la captura, procesamiento, administración y distribución de la información.	3	

AUTOEVALUACION	1	La entidad cuenta con mecanismos de verificación y evaluación por parte de los líderes de los procesos, que determinan la efectividad del Sistema de Control Interno.	3	
	2	La entidad tiene definidos los mecanismos de verificación y evaluación por parte de los líderes de proceso para determinar el cumplimiento de la gestión.	3	
	3	Se han realizado mediciones del Sistema de Control Interno con las herramientas adoptadas para tal fin.	3	

	4	La entidad ha tomado decisiones con base en la evaluación a la gestión realizada por los responsables del proceso.	3	
	5	La autoevaluación ha permitido monitorear el cumplimiento de los objetivos del proceso.	3	
	6	Se ha realizado seguimiento a las acciones preventivas, correctivas o de mejora	3	
INDEPENDIENTE	1	El área de Control de Gestión interna realiza seguimiento al Sistema de Control interno para determinar su efectividad	3	
	2	El área de Control de Gestión coordina con los líderes de los procesos la autoevaluación del control como insumo del informe Ejecutivo Anual.	3	
	3	El área de Control de Gestión Interno realizó evaluaciones parciales al Sistema de Control interno para tener los insumos al momento de elaborar el informe Ejecutivo anual.	3	

EVALUACION	4	La entidad cuenta con un programa anual de auditoria aprobado.	3	
	5	Los resultados del informe Ejecutivo anual fueron presentados a la alta dirección.	3	
	6	Se ha dado cumplimiento en su totalidad al programa anual de auditorías.	3	
	7	Las auditorias se desarrollan de acuerdo al procedimiento documentado.	3	

PLANES DE MEJORAMIENTO	1	La entidad cuenta con un plan de mejoramiento organizacional que da respuesta a las observaciones de los organismos de control y oficina de control interno.	3	
	2	Los planes de mejoramiento se ajustan a las necesidades de mejora de los procesos, las metas esperadas y los resultados alcanzados.	3	
	3	Se evalúa la eficacia de las acciones del Plan de Mejoramiento Institucional.	3	
	4	Los responsables de los procesos han realizado seguimientos programados a los planes de mejoramiento.	3	
	5	Se han realizado planes de mejoramiento con base en los informes de gestión.	2	
	6	Se evalúa la eficacia de las acciones del Plan de Mejoramiento por Procesos.	3	
	7	Los responsables de los procesos han realizado seguimiento programado a los planes de mejoramiento de los empleados a su cargo.	3	