


|   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
|  | <b>FORMATO DE COMUNICACIONES</b> | FECHA ELABORACION: 01-04-2019                         |
|   |                                  | FECHA ACTUALIZACION: 30-03-2022                       |
|   | <b>CODIGO: CAL-F-027</b>         | PAGINA: 1 - 1   |
|   | <b>VERSION: 3</b>                | REVISO Y APROBO: Grupo Primario<br>Gestión de Calidad |

**1100-310- 20**  
**CI- 92**

Bucaramanga, 17 de junio de 2022

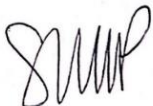
Doctor  
**GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO**  
Gerente  
E.S.E. ISABU  
Bucaramanga

Doctor  
**CAMILO ANDRÉS MALDONADO BAUTISTA**  
Jefe Oficina Asesora de Planeación  
E.S.E. ISABU  
Bucaramanga

Asunto: Informe de seguimiento y evaluación al Mapa de riesgos de gestión institucional I trimestre 2022.

Por medio de la presente me permito remitir para su conocimiento y fines pertinentes, el informe de seguimiento y evaluación al mapa de riesgos de gestión institucional, correspondiente al I trimestre de 2022.

Agradezco su atención.




**SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS**  
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

Revisó: Silvia Juliana Pinzón Cuevas  
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno


Firma \_\_\_\_\_  
Radicado: **00002663**  
Enviado: 17/06/2022 - 2:57 p.m.  
ventanillaunica  
ESE ISABU




|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | CODIGO: 1300-CIN-F-006                     | PAGINA: 1-16                                    |
|   | VERSION: 2                                 | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

|   |
|---|
| <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA E.S.E. ISABU<br/>I TRIMESTRE VIGENCIA 2022</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>   |
| <p>El artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015 determina que las entidades públicas establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno.</p> <p>Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno o quien haga sus veces, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.</p> <p>En este rol, las unidades u oficinas de Control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces, juegan un papel fundamental, a través de la asesoría, acompañamiento técnico y de evaluación y seguimiento a los diferentes pasos de la gestión del riesgo, que van desde la fijación de la política de administración de riesgo hasta la evaluación de la efectividad de los controles.<sup>1</sup></p> <p>En el marco de lo expuesto y el Rol de evaluación de la gestión del riesgo, se presenta el siguiente informe, correspondiente al I trimestre de la vigencia 2022, teniendo en cuenta el mapa de riesgos de gestión institucional consolidado y la política de administración del riesgo de la E.S.E ISABU, vigente para el 2022.</p> |
| <b>ALCANCE</b>  |
| <p>Verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones y efectividad de los controles, definidos para el tratamiento de los riesgos institucionales identificados en cada uno de los procesos de la E.S.E ISABU, en lo correspondiente al I trimestre de la vigencia 2022.</p>  |
| <b>OBJETIVOS</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar el seguimiento al avance de las acciones y las actividades asociadas al control para la mitigación de los riesgos, en los procesos establecidos en la E.S.E ISABU.</li> <li>• Generar las recomendaciones u opciones de mejoramiento que le permitan a los procesos de la entidad una adecuada administración del riesgo.</li> </ul>  |
| <b>MARCO NORMATIVO</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Constitución Política de Colombia Artículos 209 y 269</li> <li>❖ ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”, artículos 2 y 9.</li> </ul>   |

<sup>1</sup> Guía Rol de las Unidades u Oficinas de Control Interno, auditoría Interna o quien haga sus veces

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 2-16                                    |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

- ❖ Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- ❖ Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.”
- ❖ Decreto 103 de 2015 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones”.
- ❖ Decreto 648 de 2017: Art. 17 “Roles Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces” artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: “De las Oficinas de Control Interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control”
- ❖ Ley 1952 de 2019, (Código Disciplinario Único) artículo 34 numeral 31 “adoptar el Sistema de Control Interno y la función independiente de Auditoría Interna que trata la Ley 87 de 1993 y demás normas que la modifiquen o complementen”.
- ❖ Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. ARTÍCULO 2.2.21.5.4 Administración de riesgos.
- ❖ Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- ❖ Guía Rol de las Unidades de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces DAFP.
- ❖ Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (correspondiendo a la 7° Dimensión y tercera línea de defensa de MIPG) DAFP.
- ❖ Guía Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 5 DAFP.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 3-16                                    |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

## DESARROLLO

La política de administración del riesgo y la guía para la administración del riesgo proporcionan los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, determinación de roles y responsabilidades de cada una de las líneas de defensa.

La E.S.E ISABU por medio de la resolución 0199 de 31 de marzo de 2021, adopta la política para la administración del riesgo y se formula el documento “política para la gestión del riesgo” como manual o guía. La gestión o Administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG establece que esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico y de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.<sup>2</sup>

Como tercera línea de defensa, la oficina de Gestión y Control Interno presenta el informe del primer seguimiento de la vigencia 2022 efectuado al Mapa de Riesgos de Gestión Institucional de la E.S.E ISABU, de acuerdo con el consolidado de evidencias presentadas por cada uno de los líderes a la oficina de control interno.

- **MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN**


Para la vigencia 2022, esta oficina de Gestión y Control Interno realizó asesoría y acompañamiento técnico en la revisión y estructuración de los riesgos de gestión correspondientes a la vigencia 2022, esta tarea se desarrolló de manera conjunta con la oficina asesora de Planeación, brindando apoyo de manera directa a los líderes y sus grupos de trabajo en la definición adecuada de los riesgos.

Posteriormente, en el marco del Comité de CIGD, que se realizó en el mes de mayo de 2022, se aprobó la nueva matriz de riesgos de gestión institucional. Del ejercicio consciente de cada uno de los líderes, se estructuraron los riesgos de gestión para la vigencia 2022 y de la cual, esta oficina de Gestión y Control Interno realiza evaluación de los controles.

Es así como se realizó seguimiento a un total de diecisiete (17) Procesos y cuarenta y siete (47) riesgos estructurados en la entidad, de la siguiente manera:

<sup>2</sup> Manual operativo MIPG. 2021

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 4-16                                    |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

| PROCESO   | No. de Riesgos                                  |
|---|---|
| 1. Riesgos Gestión de Planeación y Direccionamiento Estratégico | R 31, R 32, R33, R34 y R35                      |
| 2. Riesgos de Gestión Calidad                                   | R 36, R 37, R 39 y R 41                         |
| 3. Riesgos de Gestión Talento Humano                            | R 42, R 43, R 44 y R 95                         |
| 4. Riesgos de Gestión Atención al Usuario                       | R 45  |
| 5. Riesgos de Gestión Atención Ambulatorios                     | R 46 y R 49                                     |
| 6. Riesgos de Gestión Atención de Urgencias                     | R 52  |
| 7. riesgos Gestión de Internación                               | R 58  |
| 8. Riesgos Gestión Cirugía y Atención de partos                 | R 59  |
| 9. Riesgos Gestión Apoyo Terapéutico                            | R 61 y R 92                                     |
| 10. Riesgo Gestión Apoyo Diagnostico – Laboratorio Clínico      | R 63 y R 93                                     |
| 11. Riesgo Gestión de la Salud Pública                          | R 65, R 67 y R 68                               |
| 12. Riesgos Gestión Financiera                                  | R 69, R 70, R 71, R 72, R 74, R 75, R 76 y R 77 |
| 13. Riegos Gestión Jurídica                                     | R 79, R 80 y R 82                               |
| 14. Riesgo Gestión de Recursos Físicos                          | R 83, R 84 y R 94                               |
| 15. Riesgo Gestión Documental                                   | R 88  |
| 16. Riesgos Control Interno                                     | R 86  |
| 17. Riesgos Gestión de las TICS                                 | R 96, R 97, R 98, R99 y R 100                   |
| <b>TOTAL</b>  | <b>47 riesgos</b>                               |

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional Vigencia 2022 E.S.E ISABU

- **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL - 2022 E.S.E ISABU (I TRIMESTRE)**

Debido a las fechas de implementación de algunas actividades propias de los controles, para el primer trimestre de la vigencia 2022, no se evaluaron la totalidad de los procesos y riesgos.

A continuación, se relacionan los aspectos más relevantes de la evaluación de los controles:



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

**CODIGO: 1300-CIN-F-006**

PAGINA: 5-16

**VERSION: 2**

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

**1. RIESGOS GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

Este proceso tiene identificado cinco (05) riesgos, con la siguiente valoración:

**R 31: Extremo R 32: Alto R 33: Alto R 34: Alto R 35: Alto**

**1.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES**

| GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO |  |   |  |
|--|--|---|--|
| No. DEL RIESGO                                       | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 31   | Posibilidad de destitución del representante legal, proceso disciplinario y perdida de imagen por falta de monitoreo por parte de los líderes responsables de los indicadores de gestión al presentar información de fuentes no confiables, inoportuna y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales por perdida de indicadores de gestión e incumpliendo la normatividad vigente establecida. | El profesional especializado de Planeación realizará consolidación de los resultados del seguimiento realizado por el líder responsable de la medición de cada indicador y reportará los resultados al jefe de la Oficina de Planeación | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|  |  | El jefe de la oficina de Planeación presentará con corte trimestral el seguimiento de los indicadores de gestión en el comité CIGD para la toma de decisiones.  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

**CODIGO: 1300-CIN-F-006**

PAGINA: 6-16

**VERSION: 2**

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

**GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

| No. DEL RIESGO | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
|----------------|---|--|--|
| R 32           | Posibilidad de afectación disciplinarias, administrativas y sanción económica por organismos de control debido al incumplimiento en la realización del plan Anticorrupción y de atención al ciudadano para la vigencia y reporte en el tiempo establecido por la norma vigente. | El profesional apoyo al proceso del PAAC asesora a todos los líderes de procesos en la construcción del mapa de riesgos de corrupción, aplica encuestas a la ciudadanía y funcionarios para la construcción y consolidación de todos los componentes del PAAC, | La oficina de Planeación aplica la encuesta a los diferentes grupos de valor dejando evidencia de ello, posteriormente con el fin de evidenciar la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC, el profesional de apoyo presenta las invitaciones a todos los líderes, diapositivas de la socialización y los temas de la mesa de trabajo para la construcción del plan y el mapa de riesgos de corrupción. En cumplimiento de las invitaciones, se verifica la asistencia de los líderes a las mesas de trabajo para la construcción del PAAC. Posterior a su construcción, se evidencia el oficio a la oficina de control interno informando la construcción del PAAC y la publicación en la página institucional cumpliendo con los términos de ley. Presenta como evidencia la oficina de Planeación, la socialización del PAAC por correo electrónico para los funcionarios en general. Para concluir con las actividades se evidencia el PAAC y el mapa de riesgos de corrupción. Los controles resultan efectivos ya que las actividades desplegadas permitieron a la oficina de Planeación la construcción del PAAC, del mapa de riesgos de corrupción y su publicación en página web en los términos de ley. |
|                |   | El jefe de la Oficina de Planeación revisa el PAAC y lleva al comité de CIGD para la aprobación y realiza publicación en la página web a 31 de enero de cada vigencia.   | La oficina de Planeación evidencia el acta de Comité CIGD de enero 25 y 31 de 2022, en la cual se aprueba el PAAC y el mapa de riesgos de corrupción, procediendo a su publicación en la página web. Este control permite cumplir a cabalidad con lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 y con la implementación y operación del MIPG en la entidad.  |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

**CODIGO: 1300-CIN-F-006**

PAGINA: 7-16

**VERSION: 2**

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

**GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

| No. DEL RIESGO | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
|----------------|---|--|--|
| R 33           | Incumplimiento al indicador 3 de gestión y medición en el FURAG por información inoportuna de las acciones del Plan de Trabajo de MIPG por falta de monitoreo que conlleva a la deficiencia en la implementación de las políticas de MIPG por parte de las líderes políticas. | La profesional Especializado de planeación realizará monitoreo trimestral al cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de trabajo de MIPG del periodo establecido.          | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                |   | El jefe de la Oficina de Planeación junto con la profesional Especializada de planeación realiza seguimiento del Plan de trabajo de MIPG de forma trimestral a través del comité CIGD. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

**GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

| No. DEL RIESGO | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
|----------------|--|--|--|
| R 34           | Posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por envío Inoportuno del líder en la información para publicación en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor. | El líder de comunicaciones enviará un correo recordando la importancia de las publicaciones a tiempo en las fechas establecidas de acuerdo a la matriz de registro de publicaciones        | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                |  | El jefe de la oficina asesora de planeación presenta de forma trimestral informe de seguimiento a las publicaciones verificadas con el formato matriz de registro de publicaciones al CIGD | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 8-16

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

**GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

| No. DEL RIESGO | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
|----------------|---|--|--|
| R 35           | Afectación administrativa y reputacional por inexistencia del procedimiento para la elaboración de proyectos de inversión, causando reproceso y atraso para la aprobación y ejecución de los proyectos. | Crear el documento procedimiento de formulación, elaboración a proyectos orientados al fortalecimiento asociado a la prestación de servicios de salud  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                |   | Socializar ante el comité primario de la oficina asesora de planeación y enviar su respectiva evidencia de aprobación (acta, planilla) a la oficina asesora de calidad mediante correo electrónico para su codificación. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

**2. RIESGOS GESTIÓN CALIDAD**

Este proceso tiene identificado cuatro (04) riesgos, evaluados de la siguiente manera:

**R 36:** Extremo    **R 37:** Extremo    **R 39:** Extremo    **R 41:** Extremo



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

**CODIGO: 1300-CIN-F-006**

PAGINA: 9-16

**VERSION: 2**

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

**2.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES**

| GESTIÓN DE CALIDAD |   |   |  |
|--------------------|---|---|--|
| No. DEL RIESGO     | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 36               | Posibilidad de daño y o muerte del paciente por incremento en eventos adversos durante la prestación del servicio, pérdida económica por sanción o multa del ente de control, debido al Incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la entidad, por recarga de trabajo, servicios, nuevos, falta de equipos en la ESE ISABU | El profesional de seguridad del paciente realizará rondas de seguridad del paciente a través de aplicación de listas de chequeo, de acuerdo a cronograma establecido para la vigencia 2022 en los servicios priorizados   | Para evidenciar el cumplimiento del control se presenta cronograma de auditorías internas de calidad donde se evidencian las rondas de seguridad del paciente que inician en el mes de mayo de 2022. Este control permite que la profesional de seguridad del paciente detecte de manera directa cumplimiento a la mejora y sensibilización respecto a la cultura de seguridad del paciente. Una vez se tenga evidencia de las rondas se evaluará su efectividad.  |
|                    |   | El comité integrador de seguridad del paciente de manera trimestral, realiza análisis de los indicadores de seguridad del paciente y planes de mejoramiento realizados por el equipo de seguridad del paciente, los cuales quedaran en las respectivas actas del Comité Integrador. | Se evidencia acta de comité de seguridad del paciente de fecha 26 de abril de 2022, donde se analizó el primer trimestre del año. En dicho comité se analizó gestión de eventos adversos del primer trimestre, el total de eventos adversos y se registró las estrategias o planes de mejora según los eventos identificados. De igual manera, se evidencia las capacitaciones referentes a seguridad del paciente de acuerdo con el plan de acción y la medición de indicadores correspondientes al mes periodo evaluado. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

**CODIGO: 1300-CIN-F-006**

PAGINA: 10-16

**VERSION: 2**

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


**GESTIÓN DE CALIDAD**

| No. DEL RIESGO | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
|----------------|--|--|--|
| R 37           | Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, por sanción del ente regulador debido a incumplimiento en el indicador 2: efectividad en la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad pamec | El profesional de la oficina de calidad realizará presentación de avance del Pamec de manera semestral en el comité CIGD con el fin de tomar decisiones para su cumplimiento.  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                |  | El profesional de calidad encargado de la implementación del Pamec realizará tres seguimientos a los líderes del proceso responsables de plan de acción Pamec los cuales quedan consignados en actas y a través de los grupos primarios los líderes presentaran los avances del cumplimiento al Pamec los cuales se evidencian en las actas de grupo primario de manera trimestral | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

**GESTIÓN DE CALIDAD**

| No. DEL RIESGO | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
|----------------|--|---|--|
| R 39           | Pérdida de imagen, pérdida de contratos por parte de las eps, sanciones administrativas, multa y sanción del ente de regulador, debido a el incumplimiento en los estándares de habilitación de acuerdo a la 3100 del 2019, por falta de autoevaluación y retroalimentación de los hallazgos encontrados por parte de la oficina de calidad. | El profesional asignado a habilitación realizará autoevaluación a través de aplicación de lista de chequeo y se generará un informe derivado de la verificación del cumplimiento de la resolución 3100 en las sedes priorizadas de acuerdo a Cronograma establecido por la oficina de calidad.                                      | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                |  | Realizar seguimiento anual a través del formato plan de mejoramiento habilitación, al cumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de la autoevaluación realizada a las sedes y servicios de la ESE ISABU para dar cumplimiento a la resolución 3100 del 2019 de acuerdo a cronograma establecido por la oficina de calidad | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 11-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

| GESTIÓN DE CALIDAD - SUBPROCESO GESTIÓN AMBIENTAL |  |  |   |
|---|--|--|---|
| No. DEL RIESGO                                    | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 41  | Posibilidad de pérdida económica, por sanción o multa del ente de control, aumento del pesaje de los residuos biológicos, debido a inadecuada segregación de residuos por parte del personal asistencial | La ingeniera ambiental realiza auditorias de acuerdo a cronograma establecido a la adherencia al Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGIRHS | Se evidencia listas de chequeo de gestión ambiental en la cual la Ingeniera Ambiental realiza auditoria del plan de gestión integral de residuos. En total para el primer trimestre del año se evidencian 25 auditorías (enero 8, febrero 9 y marzo 8) de las cuales se deja la respectiva evidencia. Este control resulta efectivo toda vez que le permite a la ingeniera ambiental evidenciar la adherencia a la gestión de residuos y retroalimentar los hallazgos y ajustes a los que haya lugar. |

### 3. RIESGOS GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO


Este proceso tiene identificado cuatro (04) riesgos, evaluados así:

**R 42:** Alto **R 43:** Alto **R 44:** Alto **R 95:** Extremo

#### 3.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN DE TALENTO HUMANO |  |   |   |
|---------------------------|--|---|---|
| No. DEL RIESGO            | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 42                      | Posibilidad de pérdida de imagen y afectación disciplinaria, por sanción del organismo de control debido a incumplimiento del plan institucional de capacitación en la ESE ISABU | El profesional de talento humano consolidará y proyectará el cronograma anual de capacitaciones en el mes de enero, de acuerdo a las necesidades de capacitación de las diferentes áreas. | Esta oficina evidencia cronograma de capacitaciones en las cuales se plasma las necesidades de capacitación de las diferentes áreas en diversos temas de interés para la ESE ISABU. Se evidencia efectividad del control toda vez que se tiene hoja de ruta de los meses en los que se deben surtir las capacitaciones, verificando el cumplimiento de las actividades programadas. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 12-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | El profesional de talento humano realizará seguimiento mensual al desarrollo del cronograma anual de capacitación a través de la solicitud de evidencias y la confrontación con el cronograma y la medición de cobertura con planilla de asistencia | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|--|--|---|--|

| GESTIÓN DE TALENTO HUMANO |   |   |  |
|---------------------------|---|---|--|
| No. DEL RIESGO            | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 43                      | Posibilidad de afectación económica, por el no recobro del total de las incapacidades debido al no cumplimiento a los requisitos exigidos por las diferentes EPS's. | El profesional de nómina expedirá comunicación en la cual se expongan los documentos requeridos para el recobro de las incapacidades de EPS | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022.   |
|                           |   | El profesional de nómina llevara un registro de las incapacidades recibidas y cuáles han sido recobradas con éxito                          | Se evidencia archivo en Excel en el cual se relaciona las incapacidades, fecha de inicio y fecha de terminación, así como el estado de estas, en el cual se refleja la actividad adelantada frente a cada una de las incapacidades. El control resulta efectivo ya que con este archivo se evita errores y olvidos al momento de los recobros de las incapacidades, minimizando con esta actividad la posibilidad de materialización del riesgo. |

| GESTIÓN DE TALENTO HUMANO |  |  |   |
|---------------------------|--|--|---|
| No. DEL RIESGO            | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 44                      | Posibilidad de pérdida de imagen y económica por sanciones de entes de control y reclamación de los involucrados debido a el incumplimiento de los estándares mínimos de SGSST | El profesional de SST realizará un cronograma y lista de verificación para dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | Se evidencia archivo en Excel, en el cual se relaciona el cronograma para dar cumplimiento a las actividades al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo. Con este cronograma, la profesional de SGSST, controla la ejecución mes a mes de las actividades propias de los estándares mínimos de SGSST. El control resulta efectivo toda vez que se garantiza el cumplimiento normativo del SGSST, minimizando la materialización del riesgo. |
|                           |  | El profesional de SST realizará proceso de auditoría interna con el fin de identificar los estándares mínimos de SGSST                               | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022.  |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

**CODIGO: 1300-CIN-F-006**

PAGINA: 13-16

**VERSION: 2**

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

| No. DEL RIESGO | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
|----------------|---|--|---|
| R 95           | Posibilidad de pérdida económica por sanción o multa del ente de control, demanda penal por contagio de un colaborador con covid-19, debido a falta de elementos de protección personal y adherencia a las normas de bioseguridad en la ESE ISABU | Identificar la necesidad de elementos de protección personal acorde al número total de población expuesta y niveles de riesgo  | Esta oficina evidencia documento denominado "Manual de Bioseguridad" en el cual se establece los elementos de protección personal que corresponden a cada colaborador dependiendo su nivel de exposición y ubicación, de acuerdo con esto, se identifica la necesidad de conformidad a lo establecido en este manual. Con este control se garantiza el cumplimiento normativo dependiendo del nivel de exposición y riesgo de cada colaborador, minimizando el riesgo de contagio por COVID - 19. |
|                |   | Garantizar el proceso de entrega oportuna y permanente de elementos de protección personal en las diferentes áreas acorde al nivel de riesgo y población expuesta, llevando control del proceso mediante registro en formato F-3100.24 | Se evidencia documentos denominados "planillas de control de entrega de elementos de protección personal" durante los meses evaluados, en los cuales se identifican las personas a las que se les realizó entrega efectiva de elementos de protección personal.   |

**4. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO**

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, siendo evaluado de la siguiente manera:

**R 45: Alto**

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 14-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |


#### 4.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO |  |   |   |
|-----------------------------|--|---|---|
| No. DEL RIESGO              | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 45                        | Posibilidad de afectación económica, disciplinaria, legal, de imagen, por sanción del ente regulador y/o de control, demandas debido a no dar respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos en los términos de ley en la ESE ISABU | El profesional de atención al usuario realiza seguimiento diario al módulo de panacea de PQRS revisando las alertas que el módulo genera, así mismo realiza seguimiento y consolidación mensual de las pqrfs. | Se evidencia del seguimiento diario, archivo en Excel producido por PANACEA, en el cual se relaciona las PQRS y sus respectivas respuestas, además de los términos en que se debe contestar. Este es el insumo necesario para que el profesional de SIAU realice informe trimestral de PQRS del cual se generan los planes de mejora a los que haya lugar. Este control resulta efectivo toda vez que permite realizar el seguimiento y gestión a las PQRS en los términos de ley. Es necesario mencionar que en el periodo evaluado no se presentó materialización del riesgo ya que todas las PQRS fueron atendidas en los términos de ley. |
|                             |  | El profesional de atención al usuario aplicará los términos de respuesta de acuerdo a la normatividad vigente   | Este control se realiza gracias a las alertas que genera PANACEA del archivo en Excel que este aplicativo produce; en donde se relacionan las PQRS y los tiempos para dar respuesta. Del archivo de Excel, el profesional de SIAU analiza los PQRS que no se han dado respuesta y las acciones a tomar si ello se presenta. Es necesario mencionar que durante el periodo evaluado no se atendieron PQRS por fuera de término.  |

#### 5. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIOS

Este proceso tiene identificados dos (2) riesgos, siendo evaluados de la siguiente manera:

**R 46:** Alto      **R 49:** Extremo

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 15-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |


## 5.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN AMBULATORIOS |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|
| No. DEL RIESGO       | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 46                 | Posibilidad de pérdida de Credibilidad, oportunidad y confianza de parte de los usuarios al momento de la prestación del servicio de consulta externa especializada, derivado de la Inasistencia del personal médico especializado a la consulta programada sin aviso previo | La líder del servicio de consulta externa verificara y consolidara en cuadro de turnos la disponibilidad de los horarios de atención reportados por los de médicos especialistas de consulta externa para realizar consulta del mes siguiente, en caso de presentar eventualidad de no asistencia la líder de consulta externa reportara a director técnico de unidades hospitalarias la novedad presentada. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                      |  | La líder del servicio de consulta externa realizara el reporte de las eventualidades presentadas con los turnos de los especialistas a través de correo electrónico a la dirección de las Unidades Hospitalarias, para la activación del plan de contingencia.   | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

| GESTIÓN AMBULATORIOS |  |   |  |
|----------------------|--|---|--|
| No. DEL RIESGO       | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 49                 | Posibilidad de pérdida económica, perdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a no cumplimiento de las metas de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud (RMPS) | Directoras técnicas y Coordinadora de promoción y prevención Organizaran jornadas de PyP, según el ciclo de vida.   | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                      |  | Directoras técnicas, Coordinadora de promoción y prevención y jefes de enfermería, Deben hacer seguimiento semanal a el cumplimiento de las actividades programadas a desarrollar de acuerdo a los diferentes ciclos de vida. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.



|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 16-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

## 6. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS

Este proceso tiene identificado un (1) riesgo, siendo evaluado de la siguiente manera:

**R 52:** Extremo


### 6.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS |  |   |  |
|-------------------------------|--|---|--|
| No. DEL RIESGO                | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 52                          | Posibilidad de afectación de la imagen reputacional, incumplimiento normativo y/ o sanciones, perdidas de recursos, afectación en la salud del usuario por falta de adherencia al PROTOCOLO DE CLASIFICACION DE TRIAGE CODIGO: URG-PT-001 VERSION 06 | La líder de enfermería del servicio de urgencias y el líder coordinador del equipo médico realizarán un informe mensual en el cual se analizarán las desviaciones de los triages de conformidad a lo establecido en el PROTOCOLO DE CLASIFICACION DE TRIAGE CODIGO: URG-PT-001 VERSION 06 | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

## 7. RIESGOS GESTIÓN DE INTERNACIÓN

Este proceso tiene identificado un (1) riesgo, siendo evaluado de la siguiente manera:

**R 58:** Alto

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 17-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

## 7.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN DE INTERNACIÓN |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|
| No. DEL RIESGO         | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 58                   | Posibilidad de afectación reputacional, pérdida económica, sanción disciplinaria, por queja de usuario debido a la falta de seguimiento al cumplimiento del PROTOCOLO INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES/ACOMPAÑANTES EN PACIENTE HOSPITALIZADO CODIGO: INA-PT-011 | Los líderes jefes de enfermería de internación de las unidades hospitalarias realizarán informe mensual donde se incluya la verificación de la educación vs egresos hospitalarios. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |


## 8. RIESGOS GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS

Este proceso tiene identificado un (1) riesgo, siendo evaluado de la siguiente manera:

**R 59:** Alto

### 8.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN DE CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS |  |  |  |
|---|--|--|--|
| No. DEL RIESGO                          | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 59                                    | Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por falta de captación y seguimiento al usuario con orden de procedimiento quirúrgico, debido a falta de un proceso de comunicación entre el servicio de consulta externa y el servicio de cirugía | La jefa líder del proceso cirugía realiza seguimiento semanal telefónico mediante el diligenciamiento del formato seguimiento programación quirúrgica de los pacientes con orden de cirugía registrados en el drive de consulta externa con el fin de captar los pacientes y agilizar el proceso de programación quirúrgica. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|   |  | La jefa líder del proceso de cirugía aplica la Ruta de captación de pacientes de programación quirúrgica.  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 18-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

## 9. RIESGOS GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO

Este proceso tiene identificado dos (2) riesgos, siendo evaluados de la siguiente manera:

**R 61:** Extremo    **R 92:** Alto

### 9.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN DE APOYO TERAPEUTICO |  |   |  |
|------------------------------|--|---|--|
| No. DEL RIESGO               | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 61                         | Posibilidad de demandas por la afectación de la salud y/o muerte de un usuario, sanciones por parte de los entes de vigilancia y control, incumplimiento de los indicadores de los contratos suscritos en la modalidad de pago por capitación, por inadecuada planeación de las necesidades de medicamentos, insumos y dispositivos médicos y realización de la solicitud de requerimiento de forma oportuna con el fin que se gestione el proceso de adquisición y suministro de los mismos a las diferentes áreas. | La líder de farmacia realiza un control mensual de inventarios realizando cruce con la información del sistema institucional PANACEA y los registra en el formato de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos con el fin de reportar la necesidad de compra.  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                              |  | La líder de farmacia verificara mensualmente a través de los formatos de solicitud de pedidos de medicamentos y dispositivos médicos por proveedor la disponibilidad o no de los insumos solicitados por la institución para la operatividad, informando el resultado a la subgerencia científica vía correo electrónico, para la toma de decisiones. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

| GESTIÓN DE APOYO TERAPEUTICO |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|
| No. DEL RIESGO               | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 92                         | Posibilidad de pérdidas económicas por falta de registro en el sistema de información de las actividades solicitadas a los pacientes por parte del equipo de salud en los diferentes servicios por omisión del personal incumpliendo con una obligación contractual. | El líder del proceso de apoyo terapéutico realiza la verificación mensual de lo reportado en el drive por los profesionales frente a lo reportado en el sistema de información PANACEA, realizando informe que se envía a dirección de unidades hospitalarias, | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

**CODIGO: 1300-CIN-F-006**

PAGINA: 19-16

**VERSION: 2**

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

**10. RIESGOS GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO**

Este proceso tiene identificado dos (2) riesgos, siendo evaluados de la siguiente manera:


**R 63:** Alto      **R 93:** Alto

**10.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES**

| GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO |  |   |  |
|------------------------------|--|---|--|
| No. DEL RIESGO               | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 63                         | Posibilidad de Afectación de imagen y pérdida económica con sanción o multa por parte de los entes de control por inadecuado procesamiento de muestras desde la fase preanalítica. | El líder del laboratorio realiza proceso de inducción y reinducción al personal del laboratorio clínico, de forma mensual, la cual se evidencia con las certificaciones de las capacitaciones.  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                              |  | El líder de laboratorio realiza una supervisión mensual, de las gráficas de calidad emitidas por cada uno de los equipos analíticos con que cuenta el laboratorio clínico, la cual será evidenciada en las actas de grupos primarios. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

| GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO |  |   |  |
|------------------------------|--|---|--|
| No. DEL RIESGO               | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 93                         | Posibilidad de afectación de imagen, pérdida económica y disciplinaria por la toma de exámenes mal solicitados debido a la falta de conocimiento que permita medir la adherencia al protocolo de solicitud de exámenes radiológicos y/o de laboratorio por parte del médico tratante de la ESE ISABU | El oficial de protección radiológica verifica mensualmente las órdenes y/o exámenes solicitados, identificando los que están solicitados de manera incorrecta, a través del formato de control de auditoría médica en el cual se evidencia el consoldo porcentual por errores identificados, reportándose al drive de la Dirección de unidades hospitalarias para toda decisión | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 20-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

## 11. RIESGOS GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA

Este proceso tiene identificado tres (3) riesgos, siendo evaluados de la siguiente manera:


**R 65:** Alto      **R 67:** Extremo      **R 68:** Extremo

### 11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| No. DEL RIESGO              | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 65                        | Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU | el auxiliar de enfermería del área de vigilancia verifica semanalmente y mensualmente los diagnósticos que generan los RIPS con lo reportado en el sistema de vigilancia epidemiológica, en caso de no hacer reporte por el médico responsable del reporte se notifica de manera inmediata se notifica a la jefe del centro de salud para realizar la respectiva notificación al sistema de vigilancia epidemiológica, de lo cual se entregara un informe de forme semanal y mensual. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

| GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| No. DEL RIESGO              | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 67                        | Pérdida económica, por multa o sanción por parte del ente de control, afectación reputacional, perdida del biológico, debido a falta de adherencia a los protocolos de manejo de la cadena de frio en la ESE ISABU | La Coordinadora PAI realiza auditoria según cronograma donde se preste el servicio, verificando el control de la cadena de frio, a través de aplicación de lista de chequeo generando un informe de análisis de los resultados. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 21-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

| GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|
| No. DEL RIESGO              | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 68                        | Pérdida económica por incumplimiento a metas de programas por EPS, para ejecución durante el periodo, debido a la falta de adherencia a la resolución 3280 del 2018 en la ESE ISABU. | La coordinadora de promoción y prevención realizará seguimiento a las actividades realizadas mensualmente por rips y por eps de los cumplimientos generando informe de seguimiento y análisis de las estimaciones o metas por EPS. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

## 12. RIESGOS GESTIÓN DE FINANCIERA


Este proceso tiene identificado ocho (8) riesgos, siendo evaluados de la siguiente manera:

**R 69:** Alto **R 70:** Alto **R 71:** Alto **R 72:** Extremo **R 74:** Moderado **R 75:** Moderado

**R 76:** Alto **R 77:** Alto

### 12.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN FINANCIERA- SUBPROCESO CONTABILIDAD |   |   |   |
|---|---|---|---|
| No. DEL RIESGO                              | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 69  | Posibilidad de pérdida económica por multa y/o sanción de las entidades administradoras de impuestos debido al pago inoportuno o inexactitud del valor pagado | <p>ACCION: El contador revisa el calendario tributario y socializa a tesorería de forma anual mediante correo electrónico, enviando recordatorios mensuales mediante correo electrónico de las fechas de vencimiento.</p> <p>RESPONSABLE: Contador</p> <p>PERIODICIDAD: Anual</p> <p>ENTREGABLE: programación de los pagos tributarios.</p> | Se evidencia acta de socialización de calendario tributario de 09 de enero de 2022, en el cual el contador socializa con el tesorero las fechas correspondientes al calendario tributario. Este control resulta efectivo teniendo en cuenta que las fechas son conocidas por los responsables del proceso de pago de los impuestos, disminuyendo la posibilidad de pago inoportuno o inexactitud del valor pagado. Es necesario mencionar que hasta la fecha no se ha realizado ningún pago de manera inoportuna. |


|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 22-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>El tesorero recuerda al contador mediante correo electrónico enviar el formulario diligenciado y listos para pago un día hábil antes del pago según fechas calendario tributario.</p> <p>RESPONSABLE: Tesorero<br/> PERIODICIDAD: Mensual<br/> ENTREGABLE: programación de los pagos tributarios</p> | <p>Se evidencian correos electrónicos en los cuales se alerta de las fechas de vencimientos de los impuestos programados para el primer trimestre del 2022. Se evidencia igualmente los correos electrónicos en los cuales se envían los formatos de cada impuesto para el pago respectivo. Este control resulta efectivo ya que los formatos de pago fueron enviados en los términos de ley.</p> |
|--|--|---|---|

| GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO CONTABILIDAD |   |  |   |
|--|---|--|---|
| No. DEL RIESGO                               | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 70   | Posibilidad de afectación reputacional y disciplinaria por baja calificación del representante legal, sanción del ente de control debido a entrega inoportuna de informes o inexactitud de la información | <p>ACCION: El subgerente administrativo recuerda vía correo electrónico de forma trimestral las fechas de las resoluciones de los diferentes reportes, 2193 del ministerio de salud, resoluciones de la contaduría general de la nación y resolución de la superintendencia nacional de salud circular 016</p> <p>RESPONSABLE: subgerente administrativo<br/> PERIODICIDAD: trimestral<br/> ENTREGABLE: Correos electrónicos</p> | <p>Se evidencia correos electrónicos en los cuales se informa que el área de contabilidad, para el primer trimestre del año presentó: Informe del CHIP (Contaduría) e informe de la circular 016 (FT 04 y FT 02). Se evidencia que el control resulta efectivo toda vez que se cumplió con las fechas de presentación de los reportes evitando de la extemporaneidad de la presentación y con ello la materialización del riesgo.</p> |

| GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO |  |  |   |
|---|--|--|---|
| No. DEL RIESGO                              | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 71  | Posibilidad de pérdida económica por sanción del ente de control, debido a Inadecuada aplicación de los principios y normas presupuestales en la ordenación del gasto. | <p>El subgerente administrativo, junto a la profesional de presupuesto realizan análisis de la ejecución presupuestal vs modulo presupuesto de panacea con el fin de dar cumplimiento a la ejecución presupuestal de gasto mensual, evidenciado mediante archivo de Excel.</p> | <p>Se evidencia ejecución presupuestal de gastos, en archivo de Excel, donde la profesional de presupuesto realiza el seguimiento acumulado a marzo de 2022, correspondiente a los documentos presupuestales (PRESUPUESTO INICIAL, MODIFICACIONES, PRESUPUESTO FINAL, CDP, COMPROMISOS, OBLIGACIONES Y GIROS). Se evidencia que este control es efectivo ya que le permite monitorear a la profesional de presupuesto la ejecución del presupuesto de gastos.</p> |


La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 23-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

| GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO |  |   |  |
|---|--|---|--|
| No. DEL RIESGO                              | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 72  | Posibilidad de pérdida económica, procesos disciplinarios y sancionatorios por pérdida de los recursos para el pago de obligaciones y detrimento del flujo de recursos para la entidad, debido a la pérdida de dinero recaudado en los centros de salud y unidades hospitalarias   | acción: El apoyo Administrativo revisa la caja en el sistema panacea para confrontarlo frente al efectivo recaudado de forma semanal dejando como evidencia las planillas del recorrido y el acta de verificación.<br>Responsable: Tesorero<br>periodicidad: Semanal<br>entregable: Reporte de Recibos de Caja del sistema Panacea y acta.  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
| GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO |  |   |  |
| No. DEL RIESGO                              | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 74  | Posibilidad de pérdida económica por Sub o sobrevaloración en la estimación de costos para la negociación de tarifas en servicios y producto debido a la desviación en la toma de datos financieros.   | El profesional de costos realizará una verificación y análisis de tarifas de los servicios de salud por unidad, de acuerdo a las actividades generadoras de costos especificadas por los líderes de unidades funcionales de la ESE ISABU según requerimiento, evidenciándolo en un informe consolidándolo en un informe semestral de las tarifas verificadas.   | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
| GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO |  |   |  |
| No. DEL RIESGO                              | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 75  | Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial en la radicación extemporánea de la facturación generadas por concepto de venta de servicios de salud, mes a mes debido a falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas por el personal de facturación, también inconsistencias del sistema de información en la información generada en los reportes. | acción: La coordinadora de facturación realiza revisión quincenal de la facturación generada vs la facturación pre radicada<br>responsable: contratista facturación<br>periodicidad: quincenal<br>entregable: acta de conciliación<br><br>acción: La coordinadora de facturación realiza revisión de las cuentas pre radicadas y devueltas para corrección<br>responsable: contratista facturación<br>periodicidad: quincenal<br>entregable: acta de conciliación | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.




|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 24-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

| <b>GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO</b> |   |  |  |
|--|---|--|--|
| No. DEL RIESGO                                     | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 76   | Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial que conlleva a la cancelación del contrato de prestación de servicios, procesos fiscales y disciplinarios por órganos de control debido a omisión de facturar las actividades prestadas en los diferentes centros de salud y unidades operativas generada por falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas, también inconsistencias del sistema de información en la información generada en los reportes. | <p>acción: Revisión de los cargos pendientes facturar (atenciones realizadas) realizados durante el mes.<br/> responsable: contratista facturación<br/> periodicidad: mensual<br/> entregable: acta de conciliación</p> <hr/> <p>Revisión de los cargos dobles y realizar la respectiva anulación o la corrección, nuevo cargue<br/> responsable: contratista facturación<br/> periodicidad: mensual<br/> entregable: acta de conciliación</p> | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

| <b>GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO DE CARTERA</b> |  |   |   |
|---|--|---|---|
| No. DEL RIESGO                                    | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 77  | Posibilidad de pérdida económica, desequilibrio financiero, afectación en la prestación de los servicios, por bajo recaudo en las cuentas por cobrar y no radicación a tiempo. | <p>El líder de cartera genera los estados de cartera de forma mensual verificados con el acta de conciliación mensual entre cartera y contabilidad para identificar los deudores y posteriormente revisa la actas de conciliación mensual con las ERP y genera un control mediante correo electrónico sobre los deudores ya conciliados para informar al tercero de cartera cuales están pendientes de surgir el proceso de conciliación<br/> Evidencias: el acta de conciliación mensual entre cartera y contabilidad, actas de conciliación mensual con las ERP, correo electrónico sobre los deudores ya conciliados</p> | Se evidencian acta de conciliación de cartera correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 2022, en las cuales cartera y contabilidad, en la cuales se plasma el resultado de la conciliación donde se verifica que los valores registrados en las cuentas por cobrar coincidan en las dos áreas. Este control resulta efectivo toda vez que con esta información se puede concentrar las acciones de cobro en las ERP más representativas, evitando bajo recaudo y materialización de los riesgos inherentes a la gestión de cobro. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 25-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <p>El líder de cartera alimenta la base de datos de las objeciones que presentan las ERP diariamente y con corte 30 de cada mes determina el monto por EPS pendiente por conciliar y genera un control mediante correo electrónico sobre los deudores que presentan glosas pendientes por conciliar y prioriza las entidades sobre las cuales deben realizar las respectivas conciliaciones.<br/>Evidencias: correo electrónico sobre prioridades para conciliación.</p> | <p>De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022.</p> |
|--|--|--|---|

### 13. RIESGOS GESTIÓN JURÍDICA

Este proceso tiene identificado tres (3) riesgos, siendo evaluados de la siguiente manera:

**R 79:** Alto    **R 80:** Extremo    **R 82:** Alto

#### 13.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN JURÍDICA |   |   |  |
|------------------|---|---|--|
| No. DEL RIESGO   | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 79             | Posibilidad de Pérdida económica por Sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a inadecuada supervisión contractual, falta de adherencia al Manual de contratación vigente en la ESE ISABU | El jefe de oficina jurídica y la profesional especializada, realizará la revisión de la ejecución contractual correspondiente al 30% de los contratos celebrados durante el cuatrimestre objeto de evaluación, el cual se evidenciará mediante un informe presentado al Gerente en el cual se relacionará los contratos revisados, las observaciones y las acciones de mejora a las que haya lugar. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

**CODIGO: 1300-CIN-F-006**


PAGINA: 26-16

**VERSION: 2**

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

| GESTIÓN JURÍDICA |   |  |   |
|------------------|---|--|---|
| No. DEL RIESGO   | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 80             | Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por multa y/o sanción fiscal o disciplinaria debido a Extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición, inobservancia de los términos y procedimientos por parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU.  | El jefe Oficina Asesora Jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean respondidos dentro de los términos legales. Esta verificación la realizará a través de una matriz de Excel que permita observar el tiempo de respuesta.   | Se evidencia archivo en Excel en el cual se relacionan los derechos de petición recibidos en el primer trimestre del año, en el cual se observa la fecha de recepción, responsable de la respuesta y fecha de esta. Los derechos de petición recibidos se tramitaron en el término legal. Se evidencia que el control es efectivo toda vez que los derechos de petición se responden de manera adecuada y en el término legal. Hasta la fecha no se ha materializado el riesgo. |
|                  |   | El jefe Oficina Asesora Jurídica semestralmente entregará a Gerencia un informe de las peticiones recibidas en el cual se evidenciará el tiempo de respuesta de cada uno, dando finalmente un informe de la efectividad del control mensual.   | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022.  |
| GESTIÓN JURÍDICA |   |  |   |
| No. DEL RIESGO   | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 82             | Pérdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a falta de reporte, reporte errado, incompleto o extemporáneo en las plataformas del SECOP I, SIA OBSERVA y SECOP II de la etapa precontractual en los procesos celebrados por la ESE ISABU | El jefe de la oficina Jurídica mensualmente y con el fin de controlar la publicación de los procesos contractuales realizara auditoría interna al 20% de la contratación emitida en el periodo señalado, de esto genera un informe dirigido al Gerente, en el cual se evidencie las observaciones y las acciones correctivas a las que haya lugar. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022.  |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 27-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

## 14. RIESGOS GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS


Este proceso tiene identificado tres (3) riesgos, siendo evaluados de la siguiente manera:

**R 83:** Alto    **R 84:** Alto    **R 94:** Extremo

### 14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS |  |   |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| No. DEL RIESGO              | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 83                        | Posibilidad de pérdida económica por vencimiento de insumos o por solicitud de insumos innecesarios debido a falta de adherencia al proceso de solicitud de insumos y control de inventarios, falta de supervisión y control de los mismos | El jefe de almacén solicitará por medio de una circular el correcto diligenciamiento del formato de solicitud de pedidos a los directores y los jefes de centro de salud advirtiéndole que el incorrecto diligenciamiento del formato generará retrasos en el despacho del pedido, se realizará seguimiento mensual al correcto diligenciamiento del formato de pedidos y retroalimentación a través de correo electrónico a los directores de zona respecto a los formatos incompletos | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                             |  | Realizar auditorías mensuales de acuerdo a cronograma establecido y a los centros de salud priorizados  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

| GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS |   |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|
| No. DEL RIESGO              | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 84                        | Posibilidad de pérdida económica por pérdida de activos inventariados a cargo de los colaboradores debido a falta de adherencia al procedimiento de manejo y control de inventarios y falta de supervisión del contratista para que finalizado el contrato haga entrega efectiva de los bienes a su cargo | El jefe de almacén realiza auditorías de acuerdo a cronograma, con el fin de verificar el inventario inicial realizado el año inmediatamente anterior, de esto se deja evidencia en un acta de cada dependencia auditada, en la cual se tomarán las medidas o acciones de mejora a las que haya lugar. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 28-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

| GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS |   |   |  |
|-----------------------------|---|---|--|
| No. DEL RIESGO              | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 94                        | Posibilidad de pérdida económica, por multa o sanción del ente de control, sobrecostos, por daño en los equipos biomédicos, debido a falta de capacitación al personal en el manejo seguro de los equipos biomédicos y no cumplimiento del cronograma de mantenimiento de los equipos en la ESE ISABU | Realizar periódicamente seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos con el fin de mitigar daños y costos. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                             |   | Capacitaciones y evaluación al personal asistencial sobre el uso correcto de equipos biomédicos.  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

## 15. RIESGOS GESTIÓN DOCUMENTAL

Este proceso tiene identificado un (1) riesgo, siendo evaluado de la siguiente manera:

**R 86:** Alto


### 15.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN DOCUMENTAL |   |  |  |
|--------------------|---|--|--|
| No. DEL RIESGO     | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 86               | Posibilidad de pérdida económica y pérdida de documentos, por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, por parte del personal de apoyo en el archivo de gestión y central de la oficina, por la no adherencia al procedimiento de acceso a documentos e información y registro en el formato | El Profesional en Gestión Documental verificara el procedimiento de acceso a documentos de la oficina de gestión documental, solicitando mensualmente el PDF del registro de préstamos documentos a su vez realizara el consolidado mensual socializando la información en el grupo primario para la toma de decisiones. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

## 16. RIESGOS GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

Este proceso tiene identificado un (1) riesgo, siendo evaluado de la siguiente manera:

**R 88:** Alto

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 29-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |


## 16.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN DE CONTROL INTERNO |  |   |   |
|----------------------------|--|---|---|
| No. DEL RIESGO             | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO   |
| R 88                       | Posibilidad de afectación económica y reputacional por multas y sanciones disciplinarias y fiscales, debido al incumplimiento en el desarrollo del plan anual de auditorías de la vigencia | El equipo de control interno realizará seguimiento al cronograma del plan anual de auditorías de la vigencia, determinando las actividades mensuales a desarrollar designando responsables y fechas de cumplimiento, de lo cual se dejará evidencia en el acta de grupo primario el cual se realizará mensualmente. | Esta oficina aprobó el Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2022 el 20 de enero, siendo modificado y aprobada su modificación por Comité de Coordinación de Control Interno el 9 de marzo de 2022. En grupo primario celebrado el 7 de marzo de 2022, se consigna que revisadas las actividades del Plan Anual de Auditorías correspondiente al primer trimestre del año 2022, se encuentran cumplidas hasta la fecha. En grupo primario celebrado el 1 de abril de 2022, se determina que, para el primer trimestre del año, las actividades que componen el plan anual de auditorías se encuentra cumplido en un 100%. |

## 17. RIESGOS GESTIÓN DE LAS TICS

Este proceso tiene identificado cinco (5) riesgos, siendo evaluados de la siguiente manera:

**R 96:** Extremo    **R 97:** Extremo    **R 98:** Extremo    **R 99:** Alto    **R 100:** Alto

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 30-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

### 17.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

| GESTIÓN DE LAS TICS |   |  |  |
|---------------------|---|--|--|
| No. DEL RIESGO      | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 96                | Posibilidad de pérdida o daños en la información que maneja la entidad, por un ataque cibernético | El Coordinador de Sistemas y administrador de infraestructura garantizará que la consola de antivirus y firewall esta activa , y configurada correctamente y una vez que se adquieran las licencias sean instaladas y activas en todos los PC de la entidad. Estas actividades se evidenciarán mediante un informe trimestral. | Se evidencia informe de 12 de abril de 2022, denominado informe de funcionamiento de Antivirus, en el cual el coordinador de sistemas afirma que el software se encuentra activado y debidamente configurado. Se evidencia informe de 12 abril de 2022, denominado informe de funcionamiento de Firewall, en el cual el coordinador de sistemas afirma que el software se encuentra debidamente configurado, evidenciando el número de bloqueos y prevención de intrusos ejecutados por el software, cumpliendo en su totalidad con 364.149 intentos de accesos fraudulentos. Este control resulta eficiente toda vez que permite realizar seguimiento y evaluar efectividad del software de bloqueo como defensa ante los diferentes riesgos de ataques. Es necesario mencionar que el trimestre evaluado no se ha presentado ataques cibernéticos efectivos. |

| GESTIÓN DE LAS TICS |  |   |  |
|---------------------|--|---|--|
| No. DEL RIESGO      | RIESGO   | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 97                | Posibilidad de pérdida de confidencialidad, por no tener parches de seguridad actualizados, El atacante podría aprovechar BUG de seguridad (error de sistema) para comprometer la información. | 1. El Ingeniero Administrador de la Base de datos, realizará revisión de forma mensual realizando la actualización de Base de datos y del aplicativo con Parches de Seguridad si se requiere o cuando el proveedor notifique de alguno urgente que se debe aplicar. se generará Informe de actividades realizadas de manera semestralmente donde se evidencia el seguimiento mensual. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

**CODIGO: 1300-CIN-F-006**

PAGINA: 31-16


**VERSION: 2**

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

| GESTIÓN DE LAS TICS |   |   |  |
|---------------------|---|---|--|
| No. DEL RIESGO      | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 98                | Posible pérdida económica, procesos disciplinarios y sancionatorios por perdidas de los recursos financieros para el pago de obligaciones y funcionamiento de la entidad al ser vulnerables los sistemas de protección de la información confidencial y la red utilizada para la gestión de la información. | El Coordinador de Sistemas y administrador de infraestructura garantizará que la consola de antivirus y firewall esta activa, y configurada correctamente y una vez que se adquieran las licencias sean instaladas y activas en todos los PC de la entidad. Estas actividades se evidenciarán mediante un informe trimestral.                     | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                     |   | El ing. Coordinador de la oficina de sistemas y administrador de infraestructura realizará espejo o sincronización de archivo, en tiempo real de la información almacenada en equipos críticos de la entidad, evidenciado mediante informes emitidos por el dispositivo de almacenamiento de forma trimestrales con evidencia de las actividades. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
| GESTIÓN DE LAS TICS |   |   |  |
| No. DEL RIESGO      | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO  | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 99                | Posible pérdida de información y no disponibilidad de los servicios que presta la entidad debido a fallas en servidores por falta de mantenimientos, actualizaciones, remplazo de elementos obsoletos   | El ing. Coordinador de la oficina de sistemas y el administrador de infraestructura deberán coordinar mantenimientos y monitoreo para la disponibilidad de los servidores, evidenciando actividades mensuales mediante un informe cuatrimestral.  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.




|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 32-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | y Ausencia de un esquema de contingencia. | El ing. Coordinador de la oficina de sistemas, y el administrador de infraestructura, deberá realizar gestión al licenciamiento entre el segundo y tercer trimestre del año vigente, para la compra de licencias de las máquinas virtuales o servidores que se requieran mantener activos, | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|--|---|--|--|

| GESTIÓN DE LAS TICS |   |  |  |
|---------------------|---|--|--|
| No. DEL RIESGO      | RIESGO  | ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO   | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  |
| R 100               | Posibilidad de pérdida de disponibilidad de los servicios que Accedan por la red, por falta de documentación actualizada de la infraestructura. | El ing. Coordinador de la oficina de sistemas, junto con el administrador de infraestructura tecnológica deberá realizar y mantener actualizado el inventario de dispositivo de red, de manera anual y esto se evidenciará en un informe semestral.  | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |
|                     |   | El ing. Coordinador de la oficina de sistemas, junto con el administrador de infraestructura tecnológica deberá mantener actualizada la documentación de infraestructura tecnológica con los diagramas de conexión según requerimiento, esto se evidenciará mediante un informe semestral. | De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del segundo trimestre de la vigencia 2022. |

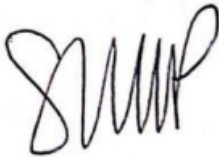
### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- A pesar de la revisión de los riesgos y sus respectivos controles, realizado por cada uno de los líderes del proceso; esta oficina recomienda monitorear los riesgos de manera constante, ya que estos pueden presentar variaciones que afecten la entidad.
- En virtud de este monitoreo constante, es necesario, cuando ello lo amerite, realizar cambios en los controles con el fin de hacerlos mucho más efectivos y ajustados a la realidad.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b> | FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020                   |
|   |  | FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021                 |
|   | <b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>              | PAGINA: 33-16                                   |
|   | <b>VERSION: 2</b>                          | REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno |

- Continuar con el fortalecimiento de la cultura de autocontrol en la realización de las diferentes actividades inherentes a la aplicación de controles en el mapa de riesgos de gestión institucional.
- Se recomienda continuar reforzando mediante actividades de sensibilización, la metodología de prevención y control de riesgos, con el fin de generar una cultura de administración del riesgo en la Entidad y de la responsabilidad que al respecto tiene cada líder de proceso.

Equipo auditor:



**SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS**  
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno