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

1100-310- 20
CI- 121

Bucaramanga, 16 de agosto de 2022

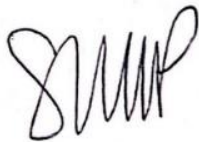
Doctor
GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO
Gerente
E.S.E. ISABU
Bucaramanga

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 II 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 II trimestre de 2022.

Agradezco su atención.




SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

E/R: Silvia Juliana Pinzón Cuevas
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno


Firma _____
Radicado: **00003455**
Enviado: 16/08/2022 - 4:34 p.m.
ventanillaunica
ESE ISABU



	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 1-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA E.S.E. ISABU II TRIMESTRE VIGENCIA 2022
INTRODUCCIÓN
<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.¹</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 segundo 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>
ALCANCE
<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 segundo trimestre de la vigencia 2022.</p>
OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Generar las recomendaciones u opciones de mejoramiento que le permitan a los procesos de la entidad una adecuada administración del riesgo.
MARCO NORMATIVO
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Constitución Política de Colombia Artículos 209 y 269 ❖ 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.

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 2-49
	VERSION: 2	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.


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.²

² Manual operativo MIPG. 2021

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 3-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


Como tercera línea de defensa, la oficina de Gestión y Control Interno presenta el informe del segundo 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**

Dando cumplimiento a las funciones propias de la Oficina de Control Interno y a lo contemplado en el Plan Anual de auditorías para la vigencia 2022, se efectuó seguimiento a la matriz de mapa de riesgos de gestión, utilizando una metodología de seguimiento y evaluación directa, en la cual, además de recopilar la información sobre la implementación de controles, se verifica que los mismos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

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:

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. Riesgos Gestión Jurídica	R 79, R 80 y R 82

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 4-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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
TOTAL	47 riesgos

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 (II TRIMESTRE)**

Debido a las fechas de implementación de algunas actividades propias de los controles, para el segundo 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:

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



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 5-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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 (II TRIMESTRE 2022)
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	La profesional especializada de planeación consolidó los indicadores de la resolución 408 de 2018, denominado Plan de Gestión, por medio del tablero de mando de los indicadores de gestión correspondiente al primer trimestre de 2022. Se presenta como evidencia el tablero de mando de indicadores de gestión en el cual se plasma resultados con análisis de cada uno de los indicadores (de dirección, financieros y clínicos). El control resulta efectivo toda vez que esta herramienta permite un monitoreo temprano, siendo esta alerta suficiente para la toma decisiones de manera oportuna por parte de la alta dirección junto con los líderes responsables de cada indicador.
		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.	Se evidencia acta de CIGD No. 5 correspondiente al 26 de mayo de 2022, en el cual se trató el tema de seguimiento a la matriz de indicadores de gestión del primer trimestre de 2022. El control resulta efectivo toda vez que, al presentarse el seguimiento de las actividades en el CIGD, la alta dirección y los líderes, pueden tomar decisiones tempranas para lograr el cumplimiento de los indicadores y la evaluación del plan de gestión gerencial.

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: 6-49

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 (II TRIMESTRE 2022)
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 Planeación la construcción del PAAC, del mapa de riesgos de corrupción y su publicación en página web en los términos de ley. Riesgo cerrado en el primer trimestre para 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: 7-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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.

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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 los líderes de 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.	El profesional especializado de planeación demuestra matriz de seguimiento en el cual se evidencia la trazabilidad de cumplimiento en cada una de las actividades programadas en el plan MIPG 2021-2022 con seguimiento a corte 31 de marzo de 2022. En el seguimiento se evidencian actividades con fechas para cumplimiento del segundo semestre que se encuentran marcadas con "no iniciado", también se reporta 7 actividades que se encuentran en desarrollo, quedando 181 cumplidas para el primer trimestre, lo que significa un cumplimiento del 96% de lo programado. El control es efectivo, ya que el seguimiento brinda la oportunidad al profesional especializado de planeación de evidenciar atrasos en las actividades y determinar acciones tempranas para lograr el cumplimiento.



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 8-49

VERSION: 2


REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		<p>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.</p>	<p>Se evidencia acta de CIGD No. 5 correspondiente al 26 de mayo de 2022, en el cual se trató el tema del seguimiento al cumplimiento del plan de MIPG 2021-2022 con corte a 31 de marzo de 2022. Se deja evidencia del acta No. 5 y listado de asistencia. El control resulta efectivo toda vez que, al presentarse el seguimiento de las actividades en el CIGD, la alta dirección y los líderes, pueden tomar decisiones tempranas para lograr el cumplimiento de las actividades de MIPG.</p>
--	--	---	---

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
R 34	<p>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.</p>	<p>El líder de comunicaciones enviara un correo recordando la importancia de las publicaciones a tiempo en las fechas establecidas de acuerdo a la matriz de registro de publicaciones</p>	<p>La líder de comunicaciones evidencia el envío de un correo electrónico 14 de junio de 2022, en el cual recuerda a los líderes revisar los documentos que deben publicarse o actualizarse en la página web, este correo tiene como tema: "recordatorio para publicar en página web".</p> <p>En complemento de esta actividad, la oficina de planeación en conjunto con la oficina de Comunicaciones, realizaron una reunión con los líderes del proceso con el fin de socializar la pestaña de "transparencia" con el fin de mostrar la estructura de la pestaña y evidenciar la necesidad de actualizar y publicar en la página web, para esto se enunció el envío del correo electrónico arriba relacionado.</p> <p>Con esto, la líder de comunicaciones recibe correos electrónicos de los líderes anunciando la publicación o actualización de sus temas de interés. El control resulta efectivo toda vez que se recuerda a los líderes la necesidad de publicar y actualizar en la página web, aunado a que se está publicando de manera</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.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 9-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


			oportuna según las necesidades de cada una de las áreas.
		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	<p>El jefe de la oficina de planeación evidencia el formato "formato lista de chequeo publicaciones en página web" correspondiente al primer semestre del año. El primer trimestre de este seguimiento se presentó en el CIGD - acta No. 5 de fecha 26 de mayo de 2022. El segundo trimestre de seguimiento se presentará en el CIGD a celebrarse en el mes de agosto.</p> <p>Este control resulta efectivo toda vez que resulta un control para la publicación y un control de fechas en la normativa vigente para la publicación en página web.</p>

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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 tercer 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 tercer 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: 10-49
	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 (II TRIMESTRE 2022)
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	Se evidencia actas de rondas de seguridad del paciente correspondientes al mes de junio de 2022, de los centros de salud y servicios del Hospital Local de Norte, según cronograma establecido. Debido a la atención de auditorías externas se vio la necesidad de reprogramación en dos auditorias programadas para el segundo trimestre de 2022. Estas auditorias se estarán realizando en el tercer trimestre de 2022, con el fin de no presentar atrasos en las actividades. Este control resulta efectivo toda vez que genera cultura para mantener las condiciones de seguridad del paciente en el servicio, verificando la adherencia en el programa de seguridad en el paciente.
		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 Integrador de seguridad del paciente (se incluye farmacovigilancia, reactivovigilancia y tecnovigilancia) correspondiente al mes de junio de 2022. En este comité se presentan los resultados de los eventos adversos e incidentes, presentándose las acciones de mejora con el fin de evitar que estos se vuelvan a presentar. Este control resulta efectivo toda vez que permite identificar las acciones de mejora con el fin de evitar recurrencia en los eventos adversos.

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: 11-49

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 (II TRIMESTRE 2022)
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 auditoria 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 tercer 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 tercer 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: 12-49


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 (II TRIMESTRE 2022)
R 39	<p>Perdida 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.</p>	<p>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 prioritizadas de acuerdo a Cronograma establecido por la oficina de calidad.</p> <p>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</p>	<p>Se evidencia lista de chequeo auditoría interna habilitación RES 3100/19 ronda de seguridad y seguimiento PGIRHS aplicada en los centros de salud IPC, Regaderos, urgencias e internación. Debido a la atención de auditorías externo, se vio la necesidad de reprogramar dos (2) auditorías correspondientes a Sala de Partos y Consulta Externa, que se llevarán a cabo en el tercer trimestre de 2022, con el fin de no presentar atrasos en las actividades. Este control resulta efectivo toda vez que estas auditorías ahondan en la autoevaluación de cada servicio, sirviendo de herramienta para identificar puntos débiles susceptibles de mejora, con el fin de prestar un mejor servicio.</p> <p>Se evidencia el inicio de las actividades con la construcción del plan de mejoramiento producto de la autoevaluación de estándares de habilitación. El seguimiento a este plan de mejora se tiene programado para el segundo semestre de 2022. Este control resulta efectivo ya que se identifican aspectos por mejorar, plasmándose en actividades a desarrollar que ahondan en la mejora del servicio.</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.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 13-49
	VERSION: 2	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 (II TRIMESTRE 2022)
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 evidencian listas de chequeo correspondientes a las auditorias al seguimiento del PGIRHS, para complementar las actividades se evidencia actas de rondas de la seguridad del paciente, en la cuales se incluye verificación de la gestión integral de residuos. Se cumplió con lo establecido en el cronograma, con la aplicación de 18 listas de chequeo y 5 rondas de seguridad del paciente. Este control resulta efectivo toda vez que permite realizar un seguimiento continuo a la segregación de residuos, mejorando e incentivando la cultura de cuidado del medio ambiente.

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



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 14-49


VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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 (II TRIMESTRE 2022)
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.	Se evidencia cronograma calificado en el trimestre anterior, en el cual se identifica el cronograma establecido para la vigencia 2022.
		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	Se evidencia seguimiento mensual en documento de Excel en el cual se identifica las actividades programadas y su ejecución para el mes correspondiente. Se evidencia que, para el segundo trimestre, 1 actividades correspondientes a taller de liderazgo, no se cumplió, sin embargo, se reprograman para el tercer trimestre del año. Este control resulta efectivo toda vez que se puede identificar de manera temprana las actividades que no se ejecutaron y reprogramar su cumplimiento y así lograr el porcentaje del 93% según programado en el plan de acción estratégico. Este control de igual manera contribuye a recaudar las evidencias para cumplir con los diferentes auditorías internas y externas.

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: 15-49
	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 (II TRIMESTRE 2022)
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 tercer 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 informe de incapacidades correspondiente al segundo trimestre de 2022, en el cual se relacionan las incapacidades en su estado actual y los avances de cada una de ellas para lograr su recobro. Este control resulta efectivo ya que se tiene el seguimiento completo del recobro de las incapacidades, determinando acciones a seguir en caso de no haberse logrado su objetivo. Detección temprana de casos especiales.
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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	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 cronograma con las actividades que permiten dar cumplimiento a la implementación del SGSST.

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: 16-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

	estándares mínimos de SGSST	El profesional de SST realizará proceso de auditoría interna con el fin de identificar los estándares mínimos de SGSST	Se evidencia informe con el seguimiento a las actividades programadas para el segundo trimestre del 2022. Algunas actividades presentaron retraso dada la circunstancia de cambio de profesional y el empalme con el profesional entrante, sin embargo, las actividades estarán cumplidas en un 100% para el tercer trimestre de 2022. Pese al retraso en algunas actividades, no se ha materializado el riesgo toda vez que la entidad cumple con las actividades que permiten mitigar el riesgo y continuar cumpliendo con los estándares.
--	-----------------------------	--	--

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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	El manual de Bioseguridad continúa vigente de acuerdo con la normatividad recientemente expedida. La entidad acata los lineamientos vigentes.

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: 17-49
VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			<p>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</p>	<p>Se evidencia las planillas de entrega de los elementos de protección personal correspondiente a cada servicio y rol del segundo trimestre del año. Se identifican entregas al líder del servicio por parte de la entidad y por otra parte, la entrega del jefe de servicio a sus colaboradores, con el fin de cumplir con el ciclo de entregas de manera completa. Este control resulta efectivo ya que permite que se identifique las entregas efectivas de los elementos de protección personal, minimizando el riesgo de contagio en la entidad.</p>
--	--	--	---	--

4. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO


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

R 45: Alto

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 (II TRIMESTRE 2022)
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 pqrsf.	Se evidencia seguimiento diario en archivo en Excel producido por PANACEA, en el cual se relacionan las PQRSF 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. Se evidencia cuadro de seguimiento correspondiente al segundo trimestre del año. Este control resulta efectivo toda vez que permite realizar el seguimiento y gestión a las PQRS para ser

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: 18-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			<p>gestionadas en los términos de ley vigente. 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.</p>
		<p>El profesional de atención al usuario aplicará los términos de respuesta de acuerdo a la normatividad vigente</p>	<p>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. Se evidencia archivo en Excel de cada mes correspondiente al segundo trimestre del año. Es necesario mencionar que durante el periodo evaluado no se atendieron PQRS por fuera de término.</p>

5. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIOS

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

R 46: Alto **R 49:** Extremo

5.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN AMBULATORIOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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	La líder del servicio de consulta externa verificará y consolidará 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	Se evidencia archivo en Excel, en el cual la líder del servicio de consulta externa programa mensualmente la agenda de cada profesional por especialidades, en caso de eventualidades, la líder informa vía correo electrónico a la directora técnica de las unidades

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: 19-49

VERSION: 2


REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

	Inasistencia del personal médico especializado a la consulta programada sin aviso previo	consulta externa reportará a director técnico de unidades hospitalarias la novedad presentada.	hospitalarias. Este control resulta efectivo toda vez que permite el cumplimiento de las agendas y la toma de decisiones de manera oportuna, una vez se conozca una eventualidad.
		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.	Una vez se detecta una eventualidad, la líder de consulta externa, activa el plan de contingencia ya sea modificando la fecha o realizando un reemplazo del profesional. Este control resulta efectivo toda vez que permite la toma oportuna de decisiones al momento de presentarse un cambio en la agenda de los profesionales.

GESTIÓN AMBULATORIOS

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
R 49	Posibilidad de pérdida económica, pérdida 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)	<p>Directoras técnicas y Coordinadora de Promoción y Prevención Organizaran jornadas de PyP, según el ciclo de vida.</p> <p>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.</p>	<p>Se evidencia cronograma de actividades correspondiente a los meses de abril a junio de 2022, respecto a las jornadas de Promoción y prevención, las cuales se estructuran de conformidad con el ciclo de vida.</p> <p>Se evidencia archivo en Word de seguimiento de las actividades, en el cual se refleja registros fotográficos de cada una de las actividades programadas y efectuadas según cronograma. Este control permite tener seguimiento de las actividades programadas y del cumplimiento según cronograma previamente establecido.</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.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 20-49
	VERSION: 2	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 (II TRIMESTRE 2022)
R 52	Posibilidad de afectación de la imagen reputacional, incumplimiento normativo y/o sanciones, pérdidas 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	Se evidencia cronograma de capacitación en el protocolo de clasificación de triage, el cual se determina 3 fechas mínimas para la realización de las capacitaciones, sin embargo, pueden ser más, según la necesidad en el ingreso de personal nuevo a la entidad. Este cronograma tiene una fecha de capacitación programada para el mes de mayo correspondiente al trimestre evaluado. Se evidencia acta de socialización del mes de mayo, en la que se pone en conocimiento del personal médico y de enfermería el protocolo de clasificación de triage. Se presenta informe de desviación de triage y seguimiento, en el cual se presentan las causas probables para la alteración en los tiempos del triage, estas son análisis y propuestas acciones de mejora para optimizar la prestación del servicio. Este control resulta efectivo toda vez que le permite a los líderes identificar las causas de modificaciones en el tiempo del triage, generando acciones de mejora que impacten

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: 21-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		directamente en la satisfacción del cliente, en la oportunidad de atención y en la obtención de mejores resultados en las auditorías externas e internas.
--	--	---


7. RIESGOS GESTIÓN DE INTERNACIÓN

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

R 58: Alto

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 (II TRIMESTRE 2022)
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/ACOMPANANTES EN PACIENTE HOSPITALIZADO CODIGO: INA-PT-011	Los líderes jefes de enfermería de internación de las unidades hospitalarias realizara informe mensual donde se incluya la verificación de la educación vs egresos hospitalarios.	Se evidencia acta de grupo primario de 23 de junio de 2022, en el cual se socializa dentro del marco de la política de humanización el protocolo de información a pacientes y familiares/ acompañantes en pacientes hospitalizados COD: INAPT-011. Se socializó a todo el personal de enfermería del 3 y 4 piso del Hospital Local del Norte. Los listados de educación de familiares y acompañantes, así como el informe trimestral de Gestión de cumplimiento protocolo a familiares y pacientes, se revisará en el tercer trimestre del año 2022. La actividad de socialización del protocolo además de permitir el conocimiento de todo el personal de enfermería, se espera que impacte en la satisfacción del usuario que tiene como derecho tener información clara, dignificando la calidad del servicio prestado y genera cultura de trato humanizado.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 22-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


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 (II TRIMESTRE 2022)
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 jefe 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.	Se evidencia archivo en Excel, en el cual se relaciona los procedimientos realizados junto con consulta externa, desde que se solicita hasta que se programan. Este control resulta efectivo ya que permite realizar un seguimiento de los pacientes que solicitaron procedimientos quirúrgicos VS los que se acercaron a realizarse el procedimiento. Este archivo también funciona de control para verificación de exámenes con el fin de programar una cirugía segura.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 23-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			<p>La jefa líder del proceso de cirugía aplica la Ruta de captación de pacientes de programación quirúrgica.</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel, en el que se relaciona en la casilla "confirmación de programación turno quirúrgico", que, durante los meses de abril, mayo y junio, el 100% de los pacientes relacionados en el drive, aceptaron el procedimiento quirúrgico por lo tanto no se evidencia retardo en la asignación de los mismos, teniendo en cuenta que las cancelaciones o reprogramaciones se efectúa solo en aquellos casos en los cuales el paciente por situaciones personales o familiares, se niegan a realizarse el procedimiento dentro de los tiempos quirúrgicos que se ofertan. Este control resulta efectivo toda vez que se puede identificar los procedimientos quirúrgicos no realizados de manera más fácil y así tomar las acciones necesarias con el fin de mejorar el servicio.</p>
--	--	--	--	---

9. RIESGOS GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO

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

R 61: Extremo **R 92:** Alto



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 24-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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 (II TRIMESTRE 2022)
R 61	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel en el cual la líder de farmacia proyecta los pedidos de medicamentos y dispositivos médicos desde el análisis del consumo de los últimos 4 meses vs las existencias al momento de la proyección. Para proyectar las necesidades de compra la líder del proceso realiza un análisis del consumo real y la rotación de los medicamentos y dispositivos médicos. Este control resulta efectivo toda vez que le permite a la líder de farmacia proyectar el pedido de medicamentos y dispositivos médico teniendo cuenta la necesidad real, evitando desabastecimientos. Igualmente, esta tabla le sirve de insumo para proyección de abastecimiento en días.</p>
		<p>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.</p>	<p>Se evidencia correos electrónicos de solicitud de pedido a cada uno de los proveedores de medicamentos con los que tiene contrato vigente la ESE ISABU, de allí surgen las comunicaciones de los proveedores donde se anuncia el desabastecimiento de un medicamento o dispositivo médico en particular. Este es el insumo de la líder de farmacia para activar el proceso de revisión de existencia, análisis de necesidades con segundas opciones de manejo junto con la Subgerencia científica. Este análisis resulta efectivo ya que le permite la toma de decisiones de manera temprana y oportuna impidiendo el desabastecimiento de un medicamento o dispositivo médico.</p>



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 25-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE APOYO TERAPEUTICO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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,	La líder de apoyo terapéutico revisa que la información reportada por los profesionales de fisioterapia y fonoaudiología, en encuentre en el sistema de información, este es el insumo de la profesional para elaborar el informe en donde se analiza los indicadores y se reportan las terapias realizadas vs las facturadas con el fin de identificar faltantes. Se evidencia informes correspondientes a enero a mayo y junio donde se analiza la información reportada. Este control resulta efectivo, toda vez que sirve de instrumento para detectar faltantes en el sistema de información con el fin de mejorar el proceso de facturación y se reporte de manera fidedigna la información en la presentación de informes al ministerio de salud.

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



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006


PAGINA: 26-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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 (II TRIMESTRE 2022)
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.	La líder del laboratorio, para el periodo evaluado, articula proceso de capacitación a todo el personal de laboratorio, con una empresa y laboratorios con la experticia requerida en los temas de "controles de calidad " "algoritmos de pruebas rápidas" y "dengue". Se evidencia certificaciones de asistencia a capacitación. Este control resulta efectivo toda vez que actualiza el conocimiento y las nuevas técnicas de los profesionales según las normativas vigentes y las necesidades actuales.
		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.	Se evidencia actas de grupo primario correspondiente al segundo trimestre del año, en los cuales la líder de laboratorio analiza las desviaciones y las correcciones que se presentan a los analitos fuera de rango. También se analiza la calificación externa de control de calidad. Este control resulta efectivo ya que permite evidenciar el óptimo funcionamiento de los equipos analíticos y tomar decisiones tempranas y oportunas con el fin de brindar resultados confiables y de calidad a los usuarios.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 27-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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 medica en el cual se evidencia el consolido porcentual por errores identificados, reportándose al drive de la Dirección de unidades hospitalarias para toma decisiones	Se evidencia el formato de auditoría de control de solicitudes médicas, en el cual, la oficial de protección radiológica identifica las fallas en las órdenes. Este es el insumo para que la oficial de protección radiológica realice un informe donde analiza la efectividad y conocimiento de los profesionales en la elaboración de las solicitudes de ordenes imagenológicas en la ESE ISABU. Este control resulta efectivo toda vez que la constante retroalimentación de las fallas encontradas repercute en la mejora del proceso, por tanto, en los procesos financieros ya que impacta de manera directa en la facturación evitando glosas.

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



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 28-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA (VIGILANCIA)			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
R 65	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por la demora 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 semanal 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.	<p>Se evidencia informe en archivo de Excel, en el cual se puede discriminar por meses (enero - junio) los eventos de vigilancia epidemiológica, en las cuales se relaciona el total de consultas y las búsquedas activas institucionales BAI, evidenciando el 100% del reporte al Sistema del SIVIGILA, logrando la notificación oportuna e inmediata.</p> <p>Este reporte diario, semanal y mensual, resulta efectivo para identificar los posibles eventos que no han sido reportados por las UPG de la institución. Es necesario reportar que cuatro (4) casos presentaron reporte tardío, sin embargo, por la aplicación del control, fueron reportados dentro de la semana correspondiente, logrando la efectividad del 100%.</p> <p>Esta situación fue objeto de acción de mejora y reforzamiento de la socialización del proceso, por medio de la asistencia técnica al talento humano y a los servicios de la UIMIST y del Hospital Local del Norte.</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.



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 29-49

VERSION: 2

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 (II TRIMESTRE 2022)
R 67	Perdida económica, por multa o sanción por parte del ente de control, afectación reputacional, pérdida 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.	Se evidencia cronograma de capacitaciones, del cual se ha desarrollado la primera actividad correspondiente a la capacitación de red de frio a personal de vacunación. Este control resulta efectivo ya que permite generar alarmas tempranas acerca de fallas de la cadena de frio evitando la perdida de biológicos, permite de igual manera, monitorear la cadena de frio mediante personal debidamente capacitado que le permita activar el plan de contingencia de manera correcta y tomar decisiones tempranas con el fin de evitar que se materialice el riesgo.

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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 del cumplimiento generando informe de seguimiento y análisis de las estimaciones o metas por EPS.	Se evidencia archivo en Excel denominado "seguimiento de actividades de promoción y mantenimiento de la salud" por EPS (Coosalud, Asmetsalud, Sanitas y Nueva EPS) en el cual se realiza un seguimiento de las actividades y se analiza el cumplimiento para cada una de ellas. De igual manera, se evidencia capacitaciones de adherencia a la ruta de la resolución 3280, dirigida al personal médico y enfermería de los centros de salud. Este control resulta efectivo para determinar la ejecución de las actividades y minimizar el descuento de la cápita, siendo el principal insumo para justificar las glosas, evitando la materialización del riesgo.

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: 30-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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 (II TRIMESTRE 2022)
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. RESPONSABLE: Contador PERIODICIDAD: Anual ENTREGABLE: programación de los pagos tributarios.</p>	<p>Se evidencia cruce de correo electrónicos entre el tesorero y el contador de la entidad informando próximos pagos según calendario tributario, en estos correos se informan de manera temprana las fechas de vencimiento del mencionado calendario. Para el segundo trimestre del año, se evidenciaron los pagos de retención en la fuente y RETEICA. Durante el segundo trimestre del año, no se presentó situaciones de pagos extemporáneos que se deben reportar.</p>
		<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. RESPONSABLE: Tesorero PERIODICIDAD: Mensual ENTREGABLE: programación de los pagos tributarios</p>	<p>Se evidencia correos electrónicos enviados por el tesorero, en los cuales recuerda al contador, el envío oportuno de los formatos diligenciados y listos para pago. El contador debe diligenciar los respectivos formularios, enviarlos a revisoría fiscal para su aprobación y firma, esto con 3 días hábiles de anticipación a la fecha del vencimiento de presentación y pago. Una vez informado por revisoría fiscal que están aprobados los formatos, se remiten a la gerencia para la respectiva firma. Cumplido este proceso, se informa al área de Tesorería para realizar los respectivos pagos. Durante el segundo trimestre del año, no se presentó situaciones de pagos extemporáneos que se deben reportar.</p>



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 31-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO CONTABILIDAD

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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	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 RESPONSABLE: subgerente administrativo PERIODICIDAD: trimestral ENTREGABLE: Correo electrónicos	Se evidencia correo electrónico firmado por el Subgerente Administrativo y Financiero, en los cuales se informa al área financiera en general, para el segundo trimestre del año se debe reportar en el término establecido los siguientes informes: 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 la extemporaneidad de la presentación y con ello la materialización del riesgo.

GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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.	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.	Se evidencia archivo en Excel, denominado "ejecución presupuestal de gastos" correspondiente a los meses de Abril, mayo y junio de 2022, en el cual se realiza las validaciones correspondientes al módulo de presupuesto del sistema de información PANACEA, en el cual se detalla la ejecución de gastos en la vigencia 2022. Se evidencia que este control es efectivo ya que le permite monitorear a la profesional de presupuesto la ejecución del presupuesto de gastos, evitando con ello la materialización del riesgo.

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: 32-49

VERSION: 2

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 (II TRIMESTRE 2022)
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. Responsable: Tesorero periodicidad: Semanal entregable: Reporte de Recibos de Caja del sistema Panacea y acta.	Se evidencias actas de recorrido, junto con la planilla de recorrido y archivo en Excel, en el cual se confronta los datos del dinero recaudado en cada semana. Este control se aplicó desde los meses de mayo a junio. La actividad se desarrolla de la siguiente manera: El apoyo administrativo realiza revisión en el sistema PANACEA y se programa el recorrido de recaudo, el cual se envía a la persona encargada, dejando las planillas de recorrido y acta de verificación semanal. El control resulta efectivo ya que se evidencia el cruce de la información reportado en PANACEA con lo efectivamente entregado por la persona encargada de realizar el recorrido, lo cual debe coincidir, generando un cierre de caja satisfactorio.

GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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 con 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.	Se evidencia archivo en Excel, en el cual se realiza un análisis de las fichas de costos de los contratos con las EPS evidenciando cuales generan utilidad y cuales pérdida, permitiendo esto actualizar las tarifas año 2022. El control resulta efectivo toda vez que con el informe se toman medidas acerca del reajuste de tarifas permitiendo una mejor prestación del servicio.

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: 33-49

VERSION: 2

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 (II TRIMESTRE 2022)
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.	<p>acción: La coordinadora de facturación realiza revisión quincenal de la facturación generada vs la facturación pre radicada responsable: contratista facturación periodicidad: quincenal entregable: acta de conciliación</p> <p>Acción: La coordinadora de facturación realiza revisión de las cuentas pre radicadas y devueltas para corrección responsable: contratista facturación periodicidad: quincenal entregable: acta de conciliación</p>	<p>Se evidencian actas de conciliación quincenal correspondientes al segundo trimestre del año (16 de junio de 2022, 04 de julio de 2022 y 18 de julio de 2022) en las cuales se relacionan las facturas generadas vs las facturas pre radicadas. Este control resulta efectivo ya que permite realizar una detección temprana de posibles errores que se podrían reflejar en el ejercicio de radicación de facturas frente a las EPS.</p> <p>Se evidencian actas de conciliación quincenal correspondientes al segundo trimestre del año (16 de junio de 2022, 04 de julio de 2022 y 18 de julio de 2022) en las cuales se relaciona las facturas revisadas pre radicadas frente a las devueltas para corrección. Este control resulta efectivo ya que permite realizar una detección temprana de posibles errores que se podrían reflejar en el ejercicio de radicación de facturas frente a las EPS.</p>



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 34-49

VERSION: 2

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 (II TRIMESTRE 2022)
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.	acción: Revisión de los cargos pendientes facturar (atenciones realizadas) realizados durante el mes. responsable: contratista facturación periodicidad: mensual entregable: acta de conciliación	De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del tercer trimestre de la vigencia 2022, ya que las actividades iniciaron en el mes de junio y esta revisión se realiza mes vencido.
		Revisión de los cargos dobles y realizar la respectiva anulación o la corrección, nuevo cargue responsable: contratista facturación periodicidad: mensual entregable: acta de conciliación	De acuerdo con las fechas programadas, este control se evaluará en el informe del tercer trimestre de la vigencia 2022, ya que las actividades iniciaron en el mes de junio y esta revisión se realiza mes vencido.

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: 35-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO DE CARTERA

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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</p> <p>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>	<p>Se evidencia acta de conciliación de cartera, en el cual el líder de cartera realiza con corte a abril, mayo y junio con el área de contabilidad, la conciliación de la cartera que se encuentra pendiente por cobrar con las diferentes ERP. Continuando con el control, el líder de cartera realiza en el mes de abril, mayo y junio, conciliaciones de cartera con secretaria Bolívar, Municipio de Pelaya, Comfenalco Valle, Comfaguajira, Salud Mia, Municipio Arenal, Seguros Bolívar, Municipio de Oiba, Anas wayuu, Famisanar y Servicio Occidental de Salud con el fin determinar los valores reconocidos para pago. Posteriormente el líder de cartera realiza circularización de cartera a las diferentes entidades responsables de pago con el fin de notificar los valores que se encuentran pendientes de pago, incluyendo aquellas ERP con las cuales realizó proceso de conciliación.</p>

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 36-49
	VERSION: 2	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.</p> <p>Evidencias: correo electrónico sobre prioridades para conciliación.</p>	<p>Las actividades anteriores le sirven de insumo al líder de cartera para determinar la cartera que se encontraba pendiente de conciliar con corte al segundo trimestre del año, con el fin de poder realizar la conciliación con el área de contabilidad y determinar las cuentas por cobrar de cada ERP. Para continuar con el control, el líder de cartera realiza solicitud de conciliación de glosas con las diferentes ERP, con las que se tenían pendientes objeciones por conciliar, de esta manera para determinar los valores reconocidos para pago. Este control resulta efectivo toda vez que se identifican los estados reales de cada una de las facturas, con el fin de tener certeza del valor de la cartera y tomar las decisiones a las que hay lugar.</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



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 37-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

13.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
R 79	Posibilidad de Perdida 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.	Se evidencia informe de revisión de expedientes contractuales correspondiente al primer cuatrimestre del 2022, en el cual se reporta el resultado de la revisión del 30% de los contratos celebrados en el periodo mencionado. En el análisis del informe se puede leer las acciones de mejora encaminadas a complementar la información que debería reposar en los expedientes contractuales. Este control resulta efectivo ya que permite detectar las falencias más recurrentes en el archivo de los expedientes y con esto mejorar el proceso.

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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 segundo 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.

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: 38-49

VERSION: 2


REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			<p>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.</p>	<p>Se evidencia informe radicado al Gerente de la ESE ISABU, correspondiente al primer semestre del año, en el cual se informa que todos los derechos de petición fueron resueltos sin exceder el termino legal y sin vulnerar los derechos de los peticionarios. Este control resulta efectivo ya que se logra evitar acciones legales por vulneración de derechos de los peticionarios, además de mantener informado al gerente de la gestión realizada frente a los derechos de petición.</p>
--	--	--	---	--

GESTIÓN JURÍDICA

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
R 82	<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>Se evidencia informe de verificación interna del 20% de la contratación y su publicación en las plataformas SIA OBSERVA y SECOP I, correspondiente al primer semestre del año, en el cual se verificó la publicación del contrato en el término legal. De la muestra reportada no se evidenciaron reportes de extemporaneidad.</p> <p>Pese a que la muestra reportada por jurídica no evidenció errores de cargue o extemporaneidad, la oficina de Control Interno en el seguimiento mensual realizado a la totalidad de la contratación reportada en las dos plataformas sí evidenció falencias en la publicación y reporte de la actividad contractual, llegando a materializarse el riesgo en reportes errados y reporte extemporáneo en las dos plataformas.</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.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 39-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

De acuerdo con la guía de administración del riesgo “Para la adecuada mitigación de los riesgos, no basta con que un control esté bien diseñado, el control debe ejecutarse por parte de los responsables tal como se diseñó. Porque un control que no se ejecute, o un control que se ejecute y esté mal diseñado, no va a contribuir a la mitigación del riesgo.”³

Esto precisamente es lo que sucede con el control del riesgo No. 82 de la oficina jurídica; ya que su aplicación no mitiga ni el impacto ni la materialización del riesgo. Al aplicarse el control de manera posterior a la publicación en las diferentes plataformas, se detectaría la debilidad cuando el riesgo ya se encuentre materializado.

La conclusión de esta oficina es que el control no se encuentra correctamente diseñado, ya que a pesar de aplicarse no detecta las debilidades del proceso y de hacerlo, la materialización ya se encontraría configurada, por esta razón **NO HAY EFECTIVIDAD en el control**, ya que este debe ser previo, no posterior.

Al no llevarse a cabo un adecuado control, se genera un ALTO RIESGO de materialización para la entidad, ante la posibilidad de sanciones por los entes de control, por lo tanto, se debe generar la respectiva acción correctiva que contribuya a la mejora o a la mitigación del riesgo.

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

³ Guía administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades Públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital.



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 40-49

VERSION: 2


REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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 (II TRIMESTRE 2022)
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 advirtiéndolo 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 tercer 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 tercer 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 (II TRIMESTRE 2022)
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.	Se evidencia cronograma de inventario aleatorio de activos fijos, que, según su ejecución para el mes de junio de 2022, le corresponde a Centro de Salud Colorados y Kennedy. Se evidencia acta de inventario aleatorio de 1 de junio de 2022 al centro de salud Colorados y acta de inventarios aleatorio de 14 de junio de 2022 al centro de salud Kennedy en el cual la profesional de recursos físicos toma una muestra de los activos asignados al centro de


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: 41-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			<p>salud, revisando que todos los activos se encuentren en el lugar que se asignó, consignándose esto en el acta firmada por los participantes. Este control resulta efectivo toda vez que se verifica de manera directa que solo el personal de inventarios es el autorizado para realizar movimientos y traslados y que los bienes asignados continúan en la ubicación asignada. Es necesario resaltar que hasta el momento de la revisión no se ha presentado casos de pérdidas de activos.</p>
--	--	--	--

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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.	Se evidencia informe en archivo de Word en el cual se determina el seguimiento al cumplimiento de las actividades de mantenimiento de los equipos biomédicos según cronograma en los centros de salud y las unidades hospitalarias (UIMIST y HLN). En el archivo se consigna el seguimiento al cronograma evidenciando el cumplimiento de los mantenimientos preventivos de los equipos biomédicos correspondiente al segundo trimestre del año 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: 42-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		<p>Capacitaciones y Evaluación al personal asistencial sobre el uso correcto de equipos biomédicos.</p>	<p>Se evidencia actas de capacitación a personal médico y asistencia, según cronograma para el primer semestre del 2022 junto con el contratista encargado del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos de la ESE ISABU. En cumplimiento de los cronogramas se realizan capacitaciones a los equipos biomédicos que presentan más fallos por errores en manipulación. Se realizan capacitaciones a los monitores de signos vitales, desfibriladores, ventiladores mecánicos, electrocardiógrafos y piezas de mano utilizadas en odontología. En estas capacitaciones se discuten temas de tecnovigilancias, usos y cuidados de la tecnología biomédica.</p> <p>Se realizan las capacitaciones con un cumplimiento del 100% de lo programado con el contratista. Este control resulta efectivo ya que el mantenimiento preventivo y la procura del uso correcto de los equipos biomédicos evitan daños en los equipos que se refleja en un mejor servicio para los usuarios de los centros de salud y unidades hospitalarias.</p>
--	--	---	---

15. RIESGOS GESTIÓN DOCUMENTAL

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

R 86: Alto

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 43-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


15.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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.	Se evidencia acta de grupo primario, correspondiente a los meses de abril, mayo y junio de 2022, en el cual se tabula la solicitudes y entregas de información registradas en el formato denominado "acceso a documentos" correspondiente al archivo de gestión, central y archivo de historias clínicas. Esta verificación le permite a la profesional de gestión documental, identificar las causas por las cuales no se encuentra la documentación solicitada. Este control resulta efectivo ya que permite un mayor control y conocimiento, a través de la implementación del inventario de la documentación que reposa en el archivo de gestión, documental o de historias clínicas.

16. RIESGOS GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

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

R 88: Alto

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 44-49
	VERSION: 2	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 (II TRIMESTRE 2022)
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.	La oficina de Control Interno realizó seguimiento del cumplimiento de las actividades del Plan Anual de auditorías correspondiente al segundo trimestre del 2022. En actas de grupo primario de los meses abril, mayo y junio, se asignan tareas entre el grupo auditor, se determinan fechas y compromisos, con los cuales se ha garantizado hasta la fecha el cumplimiento del 100% de las actividades que componen el Plan Anual de Auditorías. El control resulta efectivo toda vez que se está monitoreando de manera permanente el cumplimiento del Plan Anual de Auditorías evitando la materialización del riesgo.

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



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 45-49

VERSION: 2

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 (II TRIMESTRE 2022)
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.	<p>Se evidencia documento de necesidad para la actualización de licencia del firewall del HLN, generada por el área de sistemas y enviada al área encargada para surtir el proceso de compra.</p> <p>Se evidencia informe con corte a 30 de junio 2022, denominado informe de funcionamiento del Antivirus, en el cual el coordinador de sistemas certifica que el software se encuentra activado y debidamente configurado.</p> <p>Se evidencia informe con corte a 30 de junio 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 55 intentos de accesos fraudulentos teniendo una efectividad de bloqueo del 100%.</p> <p>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.</p>



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 46-49

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 (II TRIMESTRE 2022)
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.	Se evidencia informe de análisis PANACEA con un primer anexo denominado "actualización PANACEA" en el cual se describe la actualización de la versión 0131 del sistema y un segundo anexo denominado "requerimientos citas web", en el cual se ejecutó OTRO SI al contrato No. 238-2022, con el fin de ejecutar un nuevo desarrollo del software. Este control resulta efectivo toda vez que se mantiene actualizado el software según requerimientos y nuevas normativas, generándose una mejoría en la prestación del servicio.

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: 47-49

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 (II TRIMESTRE 2022)
R 98	Posible pérdida económica, procesos disciplinarios y sancionatorios por pérdidas 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.	<p>El Coordinador de Sistemas y administrador de infraestructura garantizara 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.</p> <p>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.</p>	<p>Se evidencia informe de antivirus y firewall que se encuentra activo y configurados. Se evidencia informe con corte a 30 de junio 2022, denominado informe de funcionamiento del Antivirus, en el cual el coordinador de sistemas certifica que el software se encuentra activado y debidamente configurado.</p> <p>Se evidencia informe con corte a 30 de junio 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 55 intentos de accesos fraudulentos teniendo una efectividad de bloqueo del 100%.</p> <p>Es necesario mencionar que la actualización de la licencia del antivirus se encuentra programada para el mes de octubre de 2022.</p> <p>Se evidencia informe de levantamiento de información crítica realizado mediante mesas de trabajo con los líderes de los diferentes procesos, adjuntando actas de reuniones, con el fin de realizar diagnóstico de los equipos críticos e implementar plan de protección de información y datos, por esa razón el control resulta efectivo ya que permite la toma de decisiones de manera temprana para el mejoramiento de la seguridad y protección.</p>



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 48-49

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 (II TRIMESTRE 2022)
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 y Ausencia de un esquema de contingencia.	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.	Se evidencia cronograma de mantenimiento de servidores, físicos y virtuales, los cuales suman un total de veinte (20) máquinas, ejecutándose un mantenimiento para el cuarto trimestre del año. El control resulta efectivo ya que permite repotenciar y mejorar los servicios de las máquinas activas.
		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,	Se evidencia entrega de necesidad para la compra de servidores y licencias por parte del área de sistemas, la cual es enviada a las áreas correspondientes para su viabilidad y posterior compra. A la fecha del presente seguimiento, se encuentra en proceso de compra.

GESTIÓN DE LAS TICS

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2022)
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.	Se evidencia un archivo de Excel con el inventario de dispositivos de seguridad y red, en el cual se encuentra relacionados los router, switch y servidores activos, sumando un total de 52 equipos, en las 22 sedes y dos unidades hospitalarias. Este control resulta efectivo toda vez que se mantiene actualizado el inventario sirviendo como apoyo para los mantenimientos programados y las posibles fallas presentadas.

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.

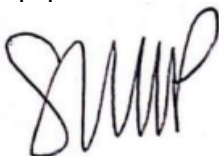
	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 49-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		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 tercer trimestre de la vigencia 2022.
--	--	--	---

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Es necesario continuar con el monitoreo constante de los riesgos, ya que estos pueden presentar variaciones que afecten la entidad; así mismo, fortalecer la cultura del reporte de cambio o materialización de los riesgos, con el fin de construir controles mucho más efectivos y eficaces.
- A pesar del compromiso de muchos de los líderes y sus equipos de trabajo en la estructuración del mapa de riesgo, no todos los controles fueron efectivos para el tratamiento del riesgo o la mitigación de este, siendo necesario acciones que fortalezcan los controles y resulten certeros y efectivos para evitar materializaciones.
- 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