	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- 178

Bucaramanga, 4 de noviembre de 2022

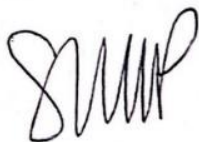
Doctor
GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO
Gerente
E.S.E. ISABU
Bucaramanga

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 III 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 III 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: 00005180
Enviado: 04/11/2022 - 8:42 a.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 III 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 tercer 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 tercer 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 tercer 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.

Teniendo en cuenta que para la próxima vigencia se espera realizar en conjunto con la oficina de planeación y calidad una revisión de los riesgos y los controles establecidos, esta oficina de control interno realizó una evaluación enfocada más en el cumplimiento de las actividades y la eficacia de la implementación de los controles; para ello, en los casos en que se detectaron debilidades, elevó recomendaciones específicas para tener en cuenta en el momento de la actualización y reestructuración del mapa de riesgos de gestión para la próxima vigencia.

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

	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

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
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 (III TRIMESTRE)**

Debido a la fecha de implementación de algunos controles, se pudo evidenciar actividades que se cumplieron en los trimestres anteriores.

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 (III TRIMESTRE 2022)
R 31	Posibilidad de destitución del representante legal, proceso disciplinario y pérdida 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 pérdida de indicadores de gestión e incumpliendo la normatividad vigente establecida.	<p>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</p> <p>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.</p>	<p>Este control tiene fecha de cumplimiento de 30 de noviembre de 2022.</p> <p>Sin embargo, para el cumplimiento de la actividad en el último trimestre, a la fecha se solicitó a los líderes responsables de cada indicador, seguimiento con corte al 30 de septiembre de 2022 para el 4 de noviembre, el seguimiento se presentará en el comité CIGD del mes de noviembre de 2022.</p>

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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.	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Con lo establecido en los controles se evidencia que las actividades se cumplieron en lo que respecta al 2022 en el anterior trimestre del año en curso.</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: 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 (III 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 las líderes políticas.	<p>La profesional Especializado de planeación realizará monitoreo trimestral al cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de trabajo de MIPG del periodo establecido.</p> <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>Del seguimiento realizado por el profesional especializado de Planeación se verificó el cumplimiento de las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> De acuerdo con la medición del FURAG de la vigencia 2021, se realizó revisión con los líderes de políticas y grupo de apoyo de cada política las 282 recomendaciones generadas. Se priorizó 173 recomendaciones, 190 recomendaciones no fueron priorizadas porque 35 de ellas se ejecutaron en el PA-MIPG 2021-2022, las restantes recomendaciones no incluidas en este Plan requieren recursos no contemplados en el Plan de Desarrollo, ni en los planes estratégicos institucionales. Se elaboró el Plan de Acción MIPG 2022-2023 de acuerdo con las recomendaciones del FURAG priorizadas y las acciones de continuidad del plan anterior, quedando el plan con 127 actividades de trabajo y 210 metas. Se actualizó el documento de implementación del MIPG. Cód. PLA-MO-01. V5. Aprobado por el comité CIGD. Se realizó el primer seguimiento del Plan de Acción MIPG 2022-2023 con corte a 30 de septiembre de 2022, donde se dio cumplimiento al 100% de las 24 actividades programadas (30 metas que corresponden a los entregables) y un avance acumulado del plan del 14,3%, plan que va con vigencia hasta el 30 de junio de 2023, el seguimiento del Plan se presentará en el comité CIGD el 27 de octubre de 2022. <p>Se adjunta como evidencia: Plan de Acción MIPG 2022-2023 en el cual contiene el plan y las recomendaciones priorizadas y no priorizadas, Documento actualizado MIPG versión 5, actas de CIGD No. 7 y 8 de 2022, Excel con el primer seguimiento del Plan de Acción MIPG 2022-2023.</p> <p>El seguimiento del Plan MIPG 2022-2023 se presentará en el comité CIGD el 27 de octubre de 2022. La actividad se cumplirá el 30 de noviembre de 2022.</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: 7-49

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 (III TRIMESTRE 2022)
R 34	Posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por envío Inoportuno del líder en la información para publicación en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.	El líder de comunicaciones enviara un correo recordando la importancia de las publicaciones a tiempo en las fechas establecidas de acuerdo a la matriz de registro de publicaciones	Se evidencia correos electrónicos de agosto y septiembre, en los cuales la líder de comunicaciones recuerda a todas las áreas de la ESE ISABU, la importancia de publicar en las fechas establecidas de acuerdo con la matriz de registro de publicaciones y de conformidad con la socialización de la información que debía publicarse. Producto de estos correos, los líderes envían correos con la información que debe publicarse. De acuerdo con esto, la líder de comunicaciones diligencia el formato denominado " formato de lista de chequeo publicaciones en página web" firmadas por el jefe de planeación. 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 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	Teniendo en cuenta que el último informe de seguimiento a las publicaciones en la página web, fue presentado en el comité del CIGD correspondiente al mes de agosto de 2022, se planea presentar el informe correspondiente al III trimestre del año en el CIGD del mes de noviembre. Recomendación de la oficina de control interno: Se recomienda a la líder de comunicaciones que, una vez cumplido el trimestre, se presente en el mes siguiente el informe en el CIGD, con el fin de garantizar información oportuna a los líderes de las publicaciones en la página web



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


GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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.	<p>Crear el documento procedimiento de formulación, elaboración a proyectos orientados al fortalecimiento asociado a la prestación de servicios de salud</p> <p>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.</p>	<p>Se evidencia solicitud de codificación de procedimiento aprobado por el jefe de Planeación a la oficina de calidad, del mismo modo se entrega codificado el procedimiento para la formulación, elaboración a proyectos orientados al fortalecimiento asociado a la prestación de servicios de salud dando cumplimiento con la actividad propuesta.</p> <p>Se evidencia la entrega de un acta de socialización del procedimiento para la formulación, elaboración a proyectos orientados al fortalecimiento asociado a la prestación de servicios de salud, realizado en el mes de agosto, mediante el grupo primario de la oficina asesora de planeación, con esto dando cumplimiento con la actividad propuesta.</p>

2. RIESGOS GESTIÓN CALIDAD

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

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 9-49
	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 (III 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.	Se evidencia acta del Comité CIGD correspondiente al 30 de junio de 2022, en el cual se presentó el avance del cumplimiento de la ruta crítica PAMEC, determinándose que para la vigencia se priorizaron 255 acciones de mejora para trabajar durante el año.
		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	Se evidencia actas de seguimiento correspondientes al II trimestre en los cuales se realiza revisión del cumplimiento de actividades planteadas, también brindando asesoramiento. Se realizó seguimiento a los siguientes estándares: Gerencia, gestión de la tecnología, gerencia de la información, PACAS, talento humano y ambiente físico. En lo referente al III trimestre, se revisaron los mismos estándares ya mencionados, adicionalmente el correspondiente a mejoramiento continuo. Este control resulta efectivo ya que permite identificar con antelación las debilidades o las causas que generan atrasos para cumplir con las acciones, prestando un soporte y asesoría oportuno para su efectivo cumplimiento.

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



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 10-49


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 (III TRIMESTRE 2022)
R 39	<p>Perdida de imagen, perdida 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 priorizadas 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>Según cronograma previamente establecido, para el III trimestre se realizó verificación de lista de chequeo, generación de informe para notificación del equipo objeto revisión. De esta revisión se levanta una lista de acciones a priorizar con el fin de lograr mejoras en temas de infraestructura física o dotación y prestar un mejor servicio. Con estas actividades realizadas hasta el III trimestre se cumple con el 100% de las actividades programadas. Este control resulta efectivo ya que de esta aplicación de la lista de chequeo se genera un diagnóstico que sirva de insumo para generar acciones para subsanar posibles debilidades que afecten la habilitación y el servicio prestado por la ESE ISABU.</p> <p>Se evidencia seguimiento correspondiente al tercer trimestre del año, de las acciones programadas del plan de mejoramiento dando cumplimiento al 66% acumulado de las actividades programadas. Este control resulta efectivo toda vez que se realiza verificación de las acciones programadas vs las acciones realizadas permitiendo el cumplimiento de los estándares de habilitación.</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: 11-49
	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 (III 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	<p>Se evidencia diligenciamiento de lista de chequeo correspondiente a las auditorías del III trimestre (julio 14 auditorías, agosto 19 auditorías y septiembre 16 auditorías), cumpliendo así con lo establecido en el cronograma. Este control resulta efectivo ya que con la aplicación de estas listas de chequeo se pueden identificar las falencias de los centros de salud y unidades hospitalarias respecto al área ambiental, sirviendo de insumo para priorizar actividades en procura del mejoramiento de los aspectos ambientales.</p> <p>Recomendación de la oficina de control interno: Se recomienda establecer un instrumento que consolide el cumplimiento de las auditorías y se mida el porcentaje de avance de las actividades.</p>

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: 12-49
	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 (III 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.	Esta actividad tuvo cumplimiento en el primer trimestre de la vigencia, sin que se presente modificación en el documento inicialmente presentado.
		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 archivo en Excel en el cual se realiza el seguimiento a la ejecución del plan de capacitaciones correspondiente al III trimestre. Es de resaltar que la oficina de Talento Humano modificó para mayor efectividad del control, la metodología de seguimiento, realizando una revisión directa con el responsable de la actividad de capacitación con el fin de verificar la realización de la actividad y los soportes respectivos. Respecto a las actividades pendientes del trimestre anterior, se clarifica que las actividades se cumplieron en su totalidad. Teniendo en cuenta lo anterior, se identificó que esta modificación del control permite mayor cumplimiento en la ejecución, salvaguardando la información, gestionando de mejor manera la información institucional. Por esto, el control resulta efectivo y oportuno en su aplicación.

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 TALENTO HUMANO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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	<p>El profesional de nómina expedirá comunicación en la cual se expongan los documentos requeridos para el recobro de las incapacidades de EPS</p> <p>El profesional de nómina llevara un registro de las incapacidades recibidas y cuáles han sido recobradas con éxito</p>	<p>Se evidencia correo electrónico enviado por el área de talento humano a la totalidad del personal de planta de la ESE ISABU, en el cual se exponen los documentos requeridos para el correcto recobro de las incapacidades. Este control resulta efectivo ya que con este correo se clarifica lo requerido por las diferentes EPS, evitando con ello reprocesos en los recobros de las incapacidades.</p> <p>El área de talento humano, diligencia archivo de Excel con las incapacidades correspondientes al III trimestre de la vigencia 2022, señalando el estado de cada recobro. Este insumo permite las acciones pertinentes para lograr el recobro, siendo efectivo el control.</p>

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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 estándares mínimos de SGSST	<p>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</p> <p>El profesional de SST realizará proceso de auditoría interna con el fin de identificar los estándares mínimos de SGSST</p>	<p>Esta actividad tuvo cumplimiento en el primer trimestre de la vigencia, sin que se presente modificación en el documento inicialmente presentado.</p> <p>Se evidencia informe de seguimiento al desarrollo del plan de trabajo de SGSST, el cual se cumplió al 72%, teniendo en cuenta que hubo reprogramación en el cumplimiento de los estándares mínimos del SGSST. Pese a esto, los estándares de mayor relevancia se han ejecutado en su totalidad y de acuerdo con lo programado. Respecto al segundo semestre que presentó también acciones pendientes de ejecución, reporta la profesional un cumplimiento al 100%.</p> <p>Recomendación de la oficina de control interno: Se evidencia retrasos en el cumplimiento de las ciertas actividades del cronograma, por lo tanto, se recomienda que para la efectividad del control se cumpla con las actividades programadas en las fechas establecidas.</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: 14-49
	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 (III 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	<p>Identificar la necesidad de elementos de protección personal acorde al número total de población expuesta y niveles de riesgo</p>	<p>Se realizó actualización del protocolo SST-F_018 indicaciones EPP, teniendo en cuenta la expedición de la circular 033 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual se impartían directrices referentes al manejo de la contingencia sanitaria por la viruela simica, de igual manera se actualizó el protocolo teniendo en cuenta las modificaciones en la guía de uso de EPP del Ministerio de Salud. Estas modificaciones también impactaron 5 documentos más relacionados con protocolos y rutas de manejo de pacientes. Este control resulta efectivo ya que nos permite actualizar de manera genérica los documentos con el fin de que apliquen frente al manejo de aquellas enfermedades emergente y reemergentes de interés en la salud pública, cumpliendo con esto con las directrices sobre uso y disposición de EPP impartidas por el Ministerio de Salud.</p>
		<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>La entidad continúa garantizando la entrega de EPP de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud. Es necesario mencionar que el cambio de protocolos e indicaciones de uso de EPP fue socializado por la oficina de SST a las diferentes unidades operativas de las ESE ISABU. Se continúa diligenciando para seguimiento y control de la entidad las planillas de entrega de pedido y entrega de EPP al trabajador, resultando con esto efectivo el control aplicado.</p>

4. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO

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

R 45: Alto

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

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 (III 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 pqrsl.	Se evidencia seguimiento diario en archivo en Excel producido por PANACEA, en el cual se puede identificar la fecha de radicación de la queja para dar respuesta en los términos de ley. De no haberse tramitado la respuesta en un término tres (3) días, el profesional de atención al usuario genera una solicitud de respuesta al responsable, quien en máximo 1 día debe dar respuesta y así dar traslado al usuario cumpliendo con los términos de ley. Este control resulta efectivo, permite unificar las quejas de los centros de salud y unidades hospitalarias, evidenciando posibles falencias de manera oportuna para tomar medidas correctivas antes que los términos de respuesta expiren. Es necesario mencionar que en el periodo evaluado no se presentó materialización del riesgo ya que todas las PQRS fueron atendidas en los términos de ley.
		El profesional de atención al usuario aplicará los términos de respuesta de acuerdo a la normatividad vigente	Este control se realiza gracias a las alertas que genera PANACEA del archivo en Excel que este aplicativo produce; en donde se relacionan las PQRS y los tiempos para dar respuesta. Este control es el insumo para la elaboración de un informe trimestral de las PQRS presentadas, los tiempos de respuesta y los tipos de quejas más recurrentes, con el fin de tomar medidas frente a estos aspectos. El control resulta efectivo toda vez que para el periodo revisado no se presentó materialización del riesgo.

5. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIOS

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

R 46: Alto R 49: Extremo



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

5.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN AMBULATORIOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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 Inasistencia del personal médico especializado a la consulta programada sin aviso previo	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 consulta externa reportará a director técnico de unidades hospitalarias la novedad presentada.	Se evidencia archivo de Excel con la disponibilidad de agenda de los especialistas, esto se tiene en cuenta para la programación de las citas para los pacientes que la requieren. En caso de inasistencia de un especialista, la líder de consulta externa realiza el reporte a la Dirección Técnica con el fin de tomar decisiones oportunas respecto al agendamiento. Resulta efectivo el control toda vez que se realiza el cambio de agenda y el paciente finalmente asiste el día asignado. En caso de que la eventualidad del especialista no sea informada de manera previa, la líder de consulta externa procura que la cita sea atendida por otro especialista de turno, con el fin de evitar conflicto con el paciente. A pesar de no haberse materializado el riesgo, esta oficina de control interno recomienda el análisis de los controles con el fin de lograr su efectividad en casos de cambio de agenda que no permita el aviso oportuno al paciente.
		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. Conforme a lo antes mencionado se recomienda una revisión del control 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: 17-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN AMBULATORIOS

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2022)
R 49	Posibilidad de pérdida económica, perdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a no cumplimiento de las metas de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud (RMPS)	Directoras técnicas y Coordinadora de promoción y prevención Organizaran jornadas de PyP, según el ciclo de vida.	Se evidencia cronograma de actividades correspondiente a los meses de julio, agosto y septiembre de 2022, respecto a las jornadas de Promoción y prevención, las cuales se estructuran de conformidad con el ciclo de vida.
		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.	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. Se evidencia un análisis por resultados de las jornadas rosa y la vacunación realizada (esquema regular), lográndose el 100% de las actividades programadas según cronograma. Este control permite tener seguimiento de las actividades programadas y del cumplimiento según cronograma, aumentando la captación de la población a los cursos de vida en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

6. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS

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

R 52: Extremo



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


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 (III 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 actas de análisis de triage por mes, donde se evidencia las desviaciones de triage 2 y triage 3. De este análisis se concluye las acciones de mejora y toma de decisiones oportunas a implementarse para el siguiente mes. Esto como control posterior que sirve de insumo para documentar situaciones específicas a mejorar en el siguiente mes. Sin embargo, la jefe líder de urgencias, por medio de PANACEA revisa diariamente los pacientes en cola de triage, con el fin de determinar que acciones inmediatas (como apoyo de medico en piso) para disminuir los tiempos de espera de los pacientes. 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 directamente en la satisfacción del cliente, en la oportunidad de atención y en la obtención de mejores resultados en las auditorías externas e internas. Recomendación de la oficina de control interno: A manera de recomendación esta oficina sugiere establecer una ruta de educación al usuario donde se le explique los tiempos de espera para la clasificación del protocolo del triage.

7. RIESGOS GESTIÓN DE INTERNACIÓN

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

R 58: Alto

	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

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 (III TRIMESTRE 2022)
R 58	<p>Posibilidad de afectación reputacional, pérdida económica, sanción disciplinaria, por queja de usuario debido a la falta de seguimiento al cumplimiento del PROTOCOLO INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES/ACOMPAÑANTES EN PACIENTE HOSPITALIZADO CODIGO: INA-PT-011</p>	<p>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.</p>	<p>Se evidencia informe correspondiente al III trimestre de 2022, donde se verifica la educación brindada a los usuarios vs los egresos hospitalarios. Se relacionan las planillas de firmas de usuarios que recibieron educación, tanto de 3 y 4 piso del HLN, adicionalmente se relaciona los resultados de la auditoría aleatoria de aproximadamente 15 pacientes, donde se evidencia el registro médico o de enfermería de información brindada al paciente o usuario. El resultado fue satisfactorio respecto a la consolidación de las alternativas de la información ofrecida al usuario, sin embargo, se presentaron algunas ausencias de registro de información brindada al usuario. De la evaluación directa del control con la jefe de internación, se evidenció que el control a pesar de ser efectivo requiere de una modificación al formato y al momento de aplicarse el mismo, mejorando con esto la calidad del dato.</p> <p>Recomendación de la oficina de control interno: Se recomienda realizar la modificación del control para la siguiente vigencia.</p>

8. RIESGOS GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS

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

R 59: Alto



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

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 (III 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 jefa líder del proceso cirugía realiza seguimiento semanal telefónico mediante el diligenciamiento del formato seguimiento programación quirúrgica de los pacientes con orden de cirugía registrados en el drive de consulta externa con el fin de captar los pacientes y agilizar el proceso de programación quirúrgica.	Se evidencia archivo en Excel, en el cual se relaciona los procedimientos realizados de manera conjunta con consulta externa, desde que se solicita hasta que se programan correspondiente al III trimestre de 2022. 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. De igual sirve para obtener los datos, disponibilidad y disposición del paciente frente al evento quirúrgico. Este archivo también funciona de control para verificación de exámenes con el fin de programar una cirugía segura.
		La jefa líder del proceso de cirugía aplica la Ruta de captación de pacientes de programación quirúrgica.	Se evidencia archivo en Excel, en el que se relaciona en la casilla "confirmación de programación turno quirúrgico", que durante el III trimestre, 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.

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: 21-49

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 (III 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.</p> <p>La líder de farmacia proyecta la necesidad para 60 días aproximadamente, teniendo en cuenta la capacidad de almacenamiento, con el fin de tener los suficientes medicamentos e insumos médicos para enfrentar eventualidades o posibles desabastecimientos.</p> <p>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.</p> <p>También se evidencian los correos en donde la líder de farmacia informa las necesidades a cada uno de los proveedores, con el fin de formalizar el pedido.</p> <p>Este control resulta efectivo toda vez que le permite a la líder de farmacia proyectar el pedido de medicamentos y dispositivos médicos teniendo cuenta la necesidad real, evitando desabastecimientos. Igualmente, esta tabla le sirve de insumo para proyección de abastecimiento en días.</p> <p>A pesar de resultar efectivo el control, se sugiere que el mismo no tenga un componente manual, sino que el respaldo lo realice PANACEA, con un desarrollo tecnológico que le permita a la líder de farmacia tener una proyección más ágil y precisa.</p>

	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

			<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>De las necesidades reportadas, el proveedor informa vía correo electrónico el listado de medicamentos e insumos con estado agotado o desabastecido, con soporte de las cartas emitidas por los laboratorios fabricantes. 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.</p> <p>Este análisis resulta efectivo ya que le permite la toma de decisiones de manera temprana y oportuna dando manejo del desabastecimiento de un medicamento o dispositivo médico, sin embargo y teniendo en cuenta las situaciones particulares del mercado, muchas veces el manejo al desabastecimiento se presenta con cambio de tratamiento con el fin de evitar riesgos en el paciente.</p>
--	--	--	--	--

GESTIÓN DE APOYO TERAPEUTICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2022)
R 92	<p>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.</p>	<p>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,</p>	<p>La líder de apoyo terapéutico revisa que la información reportada por los profesionales de fisioterapia y fonoaudiología se 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 o inconsistencias.</p> <p>Se evidencia informes correspondientes al tercer semestre del 2022, donde se analiza la información reportada, se identifican las inconsistencias y se solicitan correcciones con el fin de mejorar la calidad del dato. 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.</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: 23-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

10. RIESGOS GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO


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

R 63: Alto **R 93:** Alto

10.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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.	Se evidencia actas de capacitación de los meses objeto de evaluación correspondiente al III trimestre, que obedecen al cronograma previamente establecido, tratando los temas: Toma de hemocultivos, resistencia microbiana y control de calidad externo. De resaltar, las capacitaciones fueron impartidas por el personal de laboratorio y personal externo altamente calificado. 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. Se recomienda que desde la academia se apoye al área de laboratorio en actualizaciones a temas de interés, con el fin de mantener el personal capacitado.
		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 tercer 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.

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: 24-49
	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 (III 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 consoldo porcentual por errores identificados, reportándose al drive de la Dirección de unidades hospitalarias para toma decisiones	<p>Se evidencia el formato de auditoría de control de solicitudes médicas, en el cual, la oficial de protección radiológica identifica las fallas en las ordenes esto acumulado, identificando los meses evaluados. 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. Si bien el control se ejecuta de manera satisfactoria, realizando la totalidad de las actividades enmarcadas en el control, el mismo no evidencia una disminución, siquiera somera, de los errores en las solicitudes de estudios radiológicos.</p> <p>Recomendación de la oficina de control interno: Se recomienda que desde la coordinación médica se tomen medidas efectivas con el fin de evidenciar una acción de mejora con respecto al seguimiento y control realizado por la oficial de protección radiológica.</p> <p>De igual manera se recomienda analizar el riesgo y los controles, ya que los mismos no apuntan a un riesgo de la gestión misional, sino administrativo.</p>

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

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: 25-49


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 (III 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.	Se evidencia informe en archivo de Excel, en el cual se puede discriminar por meses acumulados de enero a agosto 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. Este control resulta efectivo toda vez que se puede identificar la falta de reporte por parte de medicina general, permitiendo el reporte oportuno en el SIVIGILA. Con esta búsqueda activa institucional, se logra una efectividad del 100% del reporte del evento en el SIVIGILA.

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: 26-49
	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 (III TRIMESTRE 2022)
R 67	Pérdida económica, por multa o sanción por parte del ente de control, afectación reputacional, perdida del biológico, debido a falta de adherencia a los protocolos de manejo de la cadena de frio en la ESE ISABU	La Coordinadora PAI realiza auditoria según cronograma donde se preste el servicio, verificando el control de la cadena de frio, a través de aplicación de lista de chequeo generando un informe de análisis de los resultados.	<p>Se evidencia acta de socialización del 26 de julio de 2022, en el cual la jefe coordinadora de vacunación esquema regular, realiza capacitación sobre red de frio y plan de contingencia ante falla de fluido eléctrico. De igual manera, se evidencia acta de 5 de agosto en la cual la coordinadora de vacunación COVID, socializa la temática relacionada con red de frio y plan de contingencia ante falla de fluido eléctrico. Estas capacitaciones son impartidas a todo el personal operativo vacunador de los centros de salud y unidades operativas de la ESE ISABU.</p> <p>Recomendación de la oficina de control interno: A pesar de la efectividad del control, toda vez que no se ha presentado materialización de riesgos, se recomienda analizar el control enfocándolo a la medición directa de a la adherencia a las capacitaciones realizadas.</p>

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

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: 27-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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 (III 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.</p> <p>RESPONSABLE: Contador</p> <p>PERIODICIDAD: Anual</p> <p>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 tercer trimestre del año, se evidenciaron los pagos de retención en la fuente y rete ICA. Durante el tercer 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.</p> <p>RESPONSABLE: Tesorero</p> <p>PERIODICIDAD: Mensual</p> <p>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. Se evidencia que para el tercer trimestre se realizaron los pagos un día antes del vencimiento cumpliendo el cronograma, demostrando con ello que el control resulta efectivo.</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: 28-49

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 (III 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: Correos electrónicos	Se evidencia correo electrónico enviado desde la Subgerencia Administrativo y Financiero, en los cuales se informa al área financiera en general, para el tercer 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) y el SIHO. 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 (III 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 al acumulado a Septiembre del 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. Recomendación de la oficina de control interno: Si bien el control resulta efectivo esta oficina de control interno recomienda que se efectúe análisis escrito entre la profesional de presupuestos y la Subdirección administrativa por ser el funcionario responsable del manejo presupuestal, esto con el fin de evaluar posibles desviaciones y que sirva para la toma de decisiones

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 FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2022)
R 72	Posibilidad de pérdida económica, procesos disciplinarios y sancionatorios por perdida de los recursos para el pago de obligaciones y detrimento del flujo de recursos para la entidad, debido a la perdida 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 del tercer trimestre del 2022. 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 personas encargada de realizar el recorrido, lo cual debe coincidir, generando un cierre de caja satisfactorio. A partir del mes de octubre en las actas firmadas se hará una tabla que resuma los valores diarios según recorrido vs valores diarios según el sistema, debiéndose revisar las diferencias que se presenten, analizando causas y tomando acciones. Recomendación de la oficina de control interno: Recomienda esta oficina de control interno modificar las actas con lo anotado anteriormente con el fin de observar la acción de mejora continua que se está planteando para el control.



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


GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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 a las actividades generadoras de costos especificadas por los líderes de unidades funcionales de la ESE ISABU según requerimiento, evidenciándolo en un informe consolidándolo en un informe semestral de las tarifas verificadas.	Se realizan contestaciones a requerimientos de precios y costos de servicios en salud que sean solicitados para negociación con terceros. Toda tarifa establecida en resolución tiene su soporte de análisis de costos para justificar el valor a ofertar. Lo anterior se evidencia con los archivos de estimación de costos por unidades de servicio y por algunos servicios. El control resulta efectivo porque permite estimar un costo base para la negociación. Recomendación de la oficina de control interno: Se recomienda analizar la efectividad del control.

GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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.	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	Se evidencian actas de conciliación quincenal correspondientes al tercer trimestre del año del 202) 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.

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 31-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		<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 tercer trimestre del 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>
--	--	---	--

GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2022)
R 76	<p>Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial que conlleva a la cancelación del contrato de prestación de servicios, procesos fiscales y disciplinarios por órganos de control debido a omisión de facturar las actividades prestadas en los diferentes centros de salud y unidades operativas generada por falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas, también inconsistencias del sistema de información en la información generada en los reportes.</p>	<p>Acción: Revisión de los cargos pendientes facturar (atenciones realizadas) realizados durante el mes. responsable: contratista facturación periodicidad: mensual entregable: acta de conciliación</p>	<p>Se evidencian actas en las cuales se refieren los cargos pendientes por facturar, mes a mes desde enero 2022 hasta septiembre del 2022. Dentro del análisis en estas actas para el cuarto trimestre se realizará ajuste en el acta que permita evidenciar mejoras frente a lo encontrado según las actas. Recomendación a la oficina de control interno: Recomendación de la oficina de control interno, realizar los ajustes señalados en las actas.</p>
		<p>Revisión de los cargos dobles y realizar la respectiva anulación o la corrección, nuevo cargue responsable: contratista facturación periodicidad: mensual entregable: acta de conciliación</p>	<p>Se evidencian actas en las cuales se refieren los cargos dobles facturados, mes a mes desde enero 2022 hasta septiembre del 2022. Dentro del análisis en estas actas para el cuarto trimestre se realizará ajuste en el acta que permita evidenciar mejoras frente a lo encontrado según las actas. Recomendación de la oficina de control interno: Recomendación de la oficina de control interno, realizar los ajustes señalados en las actas.</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: 32-49


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 (III 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 conciliación de cartera entre el área de contabilidad de la ese y el Tercero encargado del proceso de Cartera (COOTRASMAR CTA) de los meses julio, agosto y septiembre del 2022.</p> <p>Se evidencia correos y envíos de cartera a las entidades responsables de pago, para solicitud de conciliación de cartera durante los meses de julio, agosto, septiembre del 2022.</p> <p>Se evidencia actas de conciliación de cartera entre la ESE y las entidades responsables de pago (EPS; EPSs; SOAT; ENTES TERRITORIALES). Documentos necesarios para el logro del cobro de cartera y el recaudo de la misma.</p> <p>El control resulta efectivo porque garantiza la conciliación de la cartera entre las partes base para el futuro recaudo.</p>
		<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>Se evidencia conciliación de cartera entre el área de contabilidad de la ese y el Tercero encargado del proceso de Cartera (COOTRASMAR CTA) de los meses julio, agosto y septiembre del 2022.</p> <p>Se evidencia correos y envíos de cartera a las entidades responsables de pago, para solicitud de conciliación de cartera durante los meses de julio, agosto, septiembre del 2022.</p> <p>Se evidencia actas de conciliación de cartera entre la ESE y las entidades responsables de pago (EPS; EPSs; SOAT; ENTES TERRITORIALES).</p> <p>Se evidencia solicitudes de conciliación de glosas u objeciones con las entidades responsables de pago. Documentos necesarios para el logro del cobro de cartera y el recaudo de la misma.</p> <p>El control resulta efectivo porque garantiza la conciliación de la cartera entre las partes base para el futuro recaudo.</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: 33-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

13. RIESGOS GESTIÓN JURÍDICA

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

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

13.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2022)
R 79	Posibilidad de Pérdida económica por Sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a inadecuada supervisión contractual, falta de adherencia al Manual de contratación vigente en la ESE ISABU	El jefe de oficina jurídica y la profesional especializada, realizará la revisión de la ejecución contractual correspondiente al 30% de los contratos celebrados durante el cuatrimestre objeto de evaluación, el cual se evidenciará mediante un informe presentado al Gerente en el cual se relacionará los contratos revisados, las observaciones y las acciones de mejora a las que haya lugar.	<p>Se evidencia informe de revisión de expedientes contractuales correspondiente al segundo cuatrimestre del 2022 (revisión hasta el mes de agosto), 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.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que permite detectar las falencias más recurrentes en el archivo de los expedientes y con esto mejorar el proceso.</p> <p>Adicionalmente se realizan jornadas de revisión de expedientes y archivo, con el fin de detectar debilidades en los expedientes contractuales, esto lo realiza cada apoyo asignado a la oficina jurídica que tenga a cargo el desarrollo de procesos contractuales.</p> <p>Recomendación de la oficina de control interno: Recomienda la oficina de control interno un análisis del control con el fin de abarcar un número más amplio de contratos revisados, teniendo en cuenta el volumen de la contratación.</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 JURÍDICA

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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.	<p>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.</p> <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 archivo en Excel en el cual se relacionan los derechos de petición recibidos en el tercer trimestre del año, en el cual se observa la fecha de recepción, responsable de la respuesta y fecha de esta.</p> <p>Los derechos de petición recibidos se tramitaron en el término legal.</p> <p>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.</p> <p>Este informe debido a que se realiza semestralmente tiene cumplimiento para el último trimestre del 2022.</p>



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 JURÍDICA

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2022)
R 82	Pérdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a falta de reporte, reporte errado, incompleto o extemporáneo en las plataformas del SECOP I, SIA OBSERVA y SECOP II de la etapa precontractual en los procesos celebrados por la ESE ISABU	El jefe de la oficina Jurídica mensualmente y con el fin de controlar la publicación de los procesos contractuales realizara auditoría interna al 20% de la contratación emitida en el periodo señalado, de esto genera un informe dirigido al Gerente, en el cual se evidencie las observaciones y las acciones correctivas a las que haya lugar.	Se evidencia informe de verificación interna del 20% de la contratación y su publicación en las plataformas SIA OBSERVA y SECOP II, correspondiente a los meses de agosto y septiembre de 2022, en el cual se verificó la publicación de los contratos en el término legal. De la muestra reportada se evidenciaron tres (3) contratos con novedades, reportándose un (1) contrato con extemporaneidad. La oficina de control interno continúa realizando revisión al 100% de la contratación rendida en el SIA OBSERVA, identificando que aún se presentan casos de reportes extemporáneos en la plataforma. Recomendación de la oficina de control interno: Recomienda esta oficina de control interno, tomar las medidas efectivas para la evitar materializaciones del riesgo en próximas oportunidades. Se deja constancia que, en la evaluación del primer semestre de los controles aplicados al mapa de riesgos de gestión, la oficina de control interno reportó a la oficina de planeación, la materialización del riesgo con el fin de que se tomaran las medidas pertinentes.

Sigue manteniendo su concepto esta oficina de control interno, respecto al control aplicado en el Riesgo No. 82 perteneciente a la oficina asesora jurídica, ya que, según los seguimientos adelantados por esta oficina, la publicación extemporánea se sigue presentando al menos a corte del tercer trimestre de 2022.

De igual manera, la misma oficina asesora jurídica reporta 1 contrato extemporáneo de la muestra tomada en la aplicación del control, sin embargo, el control sigue siendo inoportuno e ineficaz ya que se trata de un control posterior a la publicación.

Ahora bien, entiende esta oficina que ya se están tomando correctivos con el fin de evitar extemporaneidades en la publicación en las diferentes plataformas; situación que será verificada en el seguimiento correspondiente al cuarto trimestre del año 2022.



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

14. RIESGOS GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

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

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

14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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 advirtiéndole que el incorrecto diligenciamiento del formato generará retrasos en el despacho del pedido, se realizará seguimiento mensual al correcto diligenciamiento del formato de pedidos y retroalimentación a través de correo electrónico a los directores de zona respecto a los formatos incompletos	Se evidencia circular enviada el 17 de julio de 2022, en la cual se imparten lineamientos para el correcto diligenciamiento del formato de solicitud de pedidos. El control incorpora un seguimiento mensual al correcto diligenciamiento del formato de pedidos y retroalimentación a través de correo electrónico, del cual para los meses de agosto y septiembre no anexaron evidencias para la evaluación del control. Recomendación de la oficina de control interno: Teniendo en cuenta lo anterior, recomienda esta oficina de control interno que las actividades que componen el control se cumplan de la forma y en las fechas establecidas. Por lo tanto, para el cuarto trimestre del año, se espera evaluar la efectividad del control cuando se cumplan la totalidad de las actividades programadas.
		Realizar auditorías mensuales de acuerdo a cronograma establecido y a los centros de salud priorizados	En cumplimiento del cronograma establecido, durante el tercer trimestre del año, se realizaron 22 auditorías a los centros de salud de la ESE ISABU, verificando que la muestra que se tomó del inventario de insumos concordara con la muestra física en cada uno de los centros de salud. El resultado de estas auditorías fue positivo toda vez que se presentó coherencia entre lo reportado en el sistema y la muestra física en todos los casos auditados, por lo tanto, el control resulta efectivo.



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

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS


No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2022)
R 84	Posibilidad de pérdida económica por perdida 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 auditorias 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 los meses de julio, agosto y septiembre, le corresponde a Centro de Salud Santander, Girardot, La Joya, Campohermoso, Bucaramanga y Pablo VI. Se evidencian actas de los inventarios aleatorio, realizados en los centros de salud mencionados. En esta auditoría aleatoria la profesional de recursos físicos toma una muestra de los activos asignados al centro de 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.

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

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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 tercer 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: 39-49
	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 asistencial, según cronograma para el tercer trimestre del 2022 junto con el contratista INBIOMECS encargado del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos de la ESE ISABU.</p> <p>En cumplimiento de los cronogramas se realizan capacitaciones a los equipos biomédicos que presentan más fallos por errores en manipulación.</p> <p>Se realizan capacitaciones a los monitores de signos vitales, desfibriladores, ventiladores mecánicos, electrocardiógrafos y piezas de mano utilizadas en odontología.</p> <p>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> <p>Recomendación de la oficina de control interno: Esta oficina de control interno detectó en la evaluación que muchos de los daños de algunos equipos se deben al mal uso del personal asistencial, a pesar de la constante capacitación sobre el uso adecuado de los equipos, por lo tanto, se recomienda aplicar mejoras al control introduciendo acciones tendientes a mitigar los daños por mal uso.</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: 40-49

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 (III 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.	<p>Se evidencia actas de grupo primario, correspondiente al tercer trimestre 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, archivo central y archivo de historias clínicas. De igual manera se evidencia el formato "acceso a documentos" en el cual se relaciona los datos de la persona que solicitó la información y los folios de las carpetas. Esta verificación le permite a la profesional de gestión documental, un mayor control del préstamo de documentos, evitando con ello la materialización del riesgo por pérdida de la información.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, el control resulta efectivo para tener un rastreo de los préstamos de documentación y con esto evitar pérdidas de documentación, este control aplica de manera reciproca, es decir sirve tanto para el área documental que presta las carpetas y para el receptor de la información ya que hay una forma de responsable de lo prestado.</p> <p>Recomendación de la oficina de control interno: Se recomienda por parte de la oficina de control interno, realizar una revisión y análisis del riesgo y los controles establecidos, con el fin de verificar si se trata de un control de riesgo o de corrupción.</p>

	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

16. RIESGOS GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

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

R 88: Alto

16.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

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.	<p>Se evidencia actas de grupo correspondiente al tercer trimestre de 2022, en las cuales se asignan tareas entre el grupo auditor, se determinan fechas y compromisos, con el fin de garantizar el cumplimiento de las actividades programadas.</p> <p>De igual manera, se analiza el mes inmediatamente anterior, con fin de detectar si se presentaron faltantes en lo programado y tomar acciones correctivas a las que haya lugar.</p> <p>Con lo anterior se ha garantizado hasta la fecha el cumplimiento del 100% de las actividades que componen el Plan Anual de Auditorías.</p> <p>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.</p>
------	--	---	--

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: 42-49

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 (III 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 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.	Para el tercer trimestre de 2022, como seguimiento se ejecutaron los contratos OC-012- 2022 y CTO 668-2022 para la renovación de las licencias de FIREAWALL tanto de la UIMIST como del Hospital Local del Norte. Se realiza instalación y activación de licencias. Como evidencia de esto, se adjuntan informes de activación, junto con los informes de antivirus y Firewall, a corte del mes de septiembre de 2022. El control resulta efectivo toda vez que permite la administración de bloqueos fraudulentos para la protección de las redes de la institución. Para el periodo evaluado, según el informe, se identifican ataques que han sido debidamente controlados.

GESTIÓN DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III 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.	Teniendo en cuenta que este informe se presenta de manera semestral y el último informe se presentó en julio de 2022, el resultado de este control se presentará para el cuarto trimestre de 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: 43-49

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 (III 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 realiza entrega de informes y análisis de funcionamiento del antivirus como evidencia del seguimiento realizado durante el tercer trimestre, donde se evidencia consola activa y debidamente configurada con un promedio del 88% de efectividad en cuanto a bloqueos y eliminación de software o aplicaciones maliciosas. Se realiza entrega de informe y análisis del funcionamiento del FIREWALL activo y debidamente configurado, como evidencia realizado en el tercer trimestre, donde se evidencia una efectividad del 100% en cuanto al bloqueo de virus, prevención de intrusos, bloqueo de spyware, detección y bloqueos multimedia no autorizados. El control resulta efectivo toda vez que cumple con el propósito de programado que es la protección de la información confidencial y protección de la ley utilizada para la gestión de la información.</p> <p>Recomendación de la oficina de control interno: Como recomendación de la oficina de control interno, es necesario que se analice el control con el fin de unificar evidencias con otros riesgos de gestión del mapa que contienen los mismos controles establecidos.</p> <p>Este control se encuentra en proceso de ejecución, su cumplimiento estará establecido para el cuarto trimestre de 2022.</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: 44-49

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 (III TRIMESTRE 2022)
R 99	Posible Perdida 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 realiza entrega de informe de disponibilidad de los servidores activos para el III trimestre de 2022, en los cuales se identifica la necesidad de adquirir más herramientas con el fin de cumplir con las expectativas y mejorar el servicio en la entidad. De acuerdo con las fechas programadas para el mantenimiento de los servidores, este control se evaluará en el cuarto trimestre.
		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,	El proceso de licenciamiento se encuentra en proceso de aprobación en la oficina de contratación de la entidad debido a cambios normativos. Sin embargo, los servidores actualmente se encuentran disponibles y activos. Se recomienda por parte de la oficina de control interno, que los procesos de contratación se inicien con el tiempo debido con el fin de prever demoras.

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: 45-49

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 (III 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.	De acuerdo con las fechas programadas y teniendo en cuenta que el informe se realiza de manera semestral, cuya fecha de cumplimiento fue a corte de junio de 2022, este control se evaluará para el cuarto trimestre de 2022.
		El ing. Coordinador de la oficina de sistemas, junto con el administrador de infraestructura tecnológica deberá mantener actualizada la documentación de infraestructura tecnológica con los diagramas de conexión según requerimiento, esto se evidenciará mediante un informe semestral.	Para el tercer trimestre se realizó el levantamiento de información y actualización de la topología de red, como evidencia se entrega diagramas de topología de red, con los cuales se actualizará la guía de infraestructura tecnológica para el cuarto trimestre. Recomendación de la oficina de control interno: Debido a que la actualización de guía de infraestructura tecnológica requiere un proceso de codificación por medio de la oficina de calidad, se recomienda que este proceso se realice con el tiempo debido ya que la oficina de calidad está codificando varios procesos y esto podría generar demoras.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

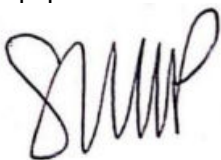
- Es necesario continuar con el monitoreo constante de los riesgos, ya que estos pueden presentar variaciones que afecten la entidad; así mismo, fortalecer la cultura del reporte de cambio o materialización de los riesgos, con el fin de priorizar riesgos y construir controles mucho más efectivos y eficaces.
- Teniendo en cuenta que la oficina de planeación y calidad realizará en los próximos meses un trabajo de socialización, consolidación y actualización de los riesgos de gestión, la oficina de control interno realizó ciertas recomendaciones a los líderes con el fin que sean tenidas en cuenta para la construcción de controles mucho más eficaces y riesgos que realmente apliquen para cada área.

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: 46-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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

Equipo auditor:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

Apoyó:
William Figueroa Pineda
Apoyo profesional
Oficina de control interno