	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- 069

Bucaramanga, 5 de mayo de 2023

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

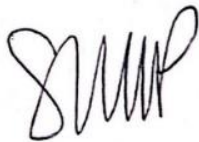
Firma _____
Radicado: **00001747**
Enviado: 05/05/2023 - 4:33 p.m.
ventanillaunica
ESE ISABU



Asunto: Informe de seguimiento y evaluación al Mapa de riesgos operacionales I trimestre vigencia 2023.


Por medio de la presente me permito remitir para su conocimiento y fines pertinentes, el informe de seguimiento y evaluación al mapa de riesgos operacionales, correspondiente al I trimestre de la vigencia 2023.

Agradezco su atención.



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

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

	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 OPERACIONALES DE LA E.S.E. ISABU
I TRIMESTRE VIGENCIA 2023**

INTRODUCCIÓN

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.

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.

Que de acuerdo a los cambios incorporados con la Circular externa 20211700000005-5 de 17 de septiembre de 2021 y 20211700000004-5 de 15 de septiembre de 2021, expuestas por el marco normativo de la Superintendencia de Salud, se hace necesario actualizar el tratamiento de la política de riesgos institucionales, en obediencia de los lineamientos impartidos, generando entre otros modificaciones en el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF), código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.

En virtud de lo anterior, se estructuró para la vigencia 2023, un mapa de riesgos OPERACIONALES enfocados a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

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


En el marco de lo expuesto y el Rol de evaluación de la gestión del riesgo, se presenta el siguiente informe, correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2023, 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.

ALCANCE

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 primer trimestre de la vigencia 2023.

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

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

OBJETIVOS

- 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

- ❖ 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.
- ❖ 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.
- ❖ Resoluciones No. 20211700000005-5 de 17 de septiembre de 2021 y 202111700000004-5 de 15 de septiembre de 2021 expedida por la Superintendencia de Salud.

	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

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 0581 de 21 de diciembre de 2022, adopta la política de administración del riesgo de la empresa social del estado INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU. La política de administración del Riesgo fue actualizada de acuerdo con las acciones de mejora continua provenientes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública y al Marco Normativo de la Superintendencia de Salud.

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


Como tercera línea de defensa, la oficina de Gestión y Control Interno presenta el informe del primer seguimiento de la vigencia 2023, efectuado al Mapa de Riesgos Operacionales 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 y producto de un seguimiento directo con las áreas, encaminado a realizar un análisis más sensible de la efectividad de los controles aplicados en cada uno de los riesgos.

- **MATRIZ DE RIESGOS OPERACIONALES VIGENCIA 2023**

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 2023, se efectuó seguimiento a la matriz de mapa de riesgos operacionales, utilizando una metodología de seguimiento y evaluación directa, en la cual, además de recopilar la información sobre la implementación de controles, se verifica que los mismos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

Es así como se realizó seguimiento a un total de dieciocho (18) Procesos y sesenta y siete (67) riesgos estructurados en la entidad, de la siguiente manera:


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: 4-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

PROCESO	No. de Riesgos	TOTAL DE RIESGOS
1. Riesgos Gestión de Planeación y Direccionamiento Estratégico	R. OP-23, R. OP-24, R. OP-25, R. OP-26, R. OP-27, R. OP-28, R. OP-29, R. OP-30, R. OP-31	9 riesgos
2. Riesgos de Gestión Calidad	R. SA- 32, R. OP- 33, R. OP- 34, R. OP- 35, R. OP- 36, R. OP- 37, R. OP- 38	7 riesgos
3. Riesgos de Gestión Atención Ambulatorios	R. OP- 39, R. OP- 40, R. OP- 41, R. OP- 42	4 riesgos
4. Riesgos de Gestión Talento Humano	R. OP- 43	1 riesgo
5. Riesgos de Gestión Atención al Usuario	R. OP- 44	1 riesgo
6. Riesgos de Gestión Atención de Urgencias	R. OP- 45	1 riesgo
7. Riesgos Gestión de Internación	R. OP- 46	1 riesgo
8. Riesgos Gestión Cirugía y Atención de partos	R. OP- 47	1 riesgo
9. Riesgos Gestión Apoyo Terapéutico	R. OP- 48, R. OP- 49	2 riesgos
10. Riesgo Gestión Apoyo Diagnostico – Laboratorio Clínico	R. OP- 50	1 riesgo
11. Riesgo Gestión Apoyo Diagnostico – Radiología	R. OP- 51, R. OP- 52	2 riesgos
12. Riesgo Gestión de la Salud Pública	R. OP- 53, R. OP- 54, R. OP- 55, R. OP- 56, R. OP- 57, R. OP- 58	6 riesgos
13. Riesgo Gestión de Recursos Físicos	R. OP- 59, R. OP- 60, R. OP- 61, R. OP- 62, R. OP- 63, R. OP- 64, R. OP- 65	7 riesgos
14. Riesgos Gestión de las TICS	R. OP- 66, R. OP- 67, R. OP- 68, R. OP- 69, R. OP- 70	5 riesgos
15. Riesgos Gestión Financiera	R. OP- 71, R. OP- 72, R. OP- 73, R. OP- 74, R. OP- 75, R. OP- 76	6 riesgos
16. Riesgo Gestión Documental	R. OP- 77, R. OP- 78, R. OP- 79, R. OP- 80, R. OP- 81, R. OP- 82, R. OP- 83	7 riesgos
17. Riesgos Gestión Jurídica	R. OP- 84, R. OP- 85, R. OP- 86, R. OP- 87, R. OP- 88	5 riesgos
18. Riesgos Control Interno	R. OP- 89	1 riesgo
TOTAL		67 riesgos

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional Vigencia 2023 E.S.E ISABU

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: 5-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

• **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL - 2023 E.S.E ISABU- PRIMER TRIMESTRE**

Es necesario mencionar que algunos riesgos comportan actividades que no tiene fecha de cumplimiento en el primer trimestre de 2023.

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 nueve (09) riesgos, con la siguiente valoración:

R. OP-23: Alto, **R. OP-24:** Alto, **R. OP-25:** Alto, **R. OP-26:** Alto, **R. OP-27:** Alto, **R. OP-28:** Extremo, **R. OP-29:** Extremo, **R. OP-30:** Extremo, **R. OP-31:** Extremo

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 (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-23	Posibilidad de destitución del representante legal y proceso disciplinario por incumplimiento del Plan de Gestión causado por falta de monitoreo de los líderes responsables de cada uno indicadores de gestión al presentar información de fuentes no confiables, inoportuna y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales, ocasionando incumpliendo de la normatividad vigente establecida.	El profesional especializado de la Oficina Asesora de Planeación solicitará la medición y análisis trimestral de cada indicador al líder responsable, consolidará los resultados en la matriz de indicadores de forma trimestral del Plan de Gestión y reportará los resultados al jefe de la Oficina Asesora de Planeación.	1. En el primer trimestre de 2023 se realizó medición y análisis de los indicadores de gestión correspondiente al IV trimestre de 2022, realizando la consolidación de los resultados en la matriz de indicadores, la cual fue reportada al jefe de oficina Asesora de Planeación. En cuanto al plan de acción, se realizó la actualización del Procedimiento de consolidación, Formulación, Diseño, Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión del Gerente, Código: PLA-P-002, Versión 2. Se evidencia: Solicitud de correos electrónicos, Matriz de consolidación de los indicadores de gestión y correo electrónico de envío de indicadores consolidados, Procedimiento consolidación, Formulación, Diseño, Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión del Gerente."
		El jefe de la oficina de Planeación presentará con corte trimestral la matriz de seguimiento de los indicadores del Plan de Gestión al Representante Legal para la toma de decisiones.	2. Se evidencia acta de Comité CIGD del mes de febrero de 2023 el seguimiento de los indicadores de Gestión correspondientes al IV trimestre de 2022, con los siguientes resultados: 1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior: 1,2, Satisfactorio. 2. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento

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 (I TRIMESTRE 2023)
			<p>continuo de la calidad de la atención en salud: 100% Satisfactorio.</p> <p>3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional: 93%, Satisfactorio.</p> <p>5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida: 1,21, Insatisfactorio.</p> <p>6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a). compras conjuntas, b). compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, c). compras a través de mecanismos electrónicos: 42% Aceptable.</p> <p>7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior: 0 Pesos, Satisfactorio.</p> <p>8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS: 4 informes, Satisfactorio.</p> <p>9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo: 0,94, Aceptable.</p> <p>10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya: 1, Satisfactorio.</p> <p>11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 Compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya: 1 Satisfactorio.</p> <p>21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación: 86% Satisfactorio.</p> <p>22. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE: 1 Caso, insatisfactorio.</p> <p>23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva: 94%, Satisfactorio.</p> <p>24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo: 93%, Satisfactorio.</p> <p>25. Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas: 0,004, Satisfactorio.</p> <p>26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general: 2,29 días, Satisfactorio.</p> <p>La evolución del Plan de Gestión obtuvo una medición del 3.97, siendo un resultado satisfactorio para la vigencia 2022, este informe fue enviado a la Junta Directiva el día 28 de marzo de 2023 para la respectiva evaluación.</p>
R. OP-24	Incumplimiento del Índice de Desempeño del FURAG por información inoportuna de las acciones del Plan de MIPG, por falta de monitoreo y deficiencia en la	La profesional especializada de la oficina asesora de planeación realizará monitoreo trimestral al cumplimiento de las acciones programadas y establecidas en el plan de acción de MIPG del	1. Se evidencia seguimiento en archivo de Excel denominada "Matriz de seguimiento del Plan de acción MIPG 2022-2023", en el cual la profesional especializada de Planeación realizó monitoreo y seguimiento del Plan de Acción MIPG 2022-2023 correspondiente al IV trimestre de 2022. El Plan de

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 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 (I TRIMESTRE 2023)
	implementación de las políticas de MIPG por parte de los líderes de políticas y la oficina asesora de planeación.	<p>periodo establecido, las cuales quedará registrado en el Excel de seguimiento del Plan de acción de MIPG.</p> <p>El jefe de la oficina asesora de planeación presentará el seguimiento del Plan de acción de MIPG de forma trimestral a través del comité CIGD para la toma de decisiones frente a las actividades no alcanzadas, dejando registro en las actas del comité del CIGD.</p>	<p>Acción MIPG vigencia 2022 - 2023: A corte del 31 de diciembre de 2022, donde se tenían programadas 105 actividades de las cuales se cumplieron 94 metas en el 100% quedando 11 metas pendientes, las cuales se encuentran en desarrollo y ejecución en el primer trimestre de 2023, dando un cumplimiento de Plan del 89,52% y un cumplimiento acumulado del 46,53%.</p> <p>El jefe de la oficina de Planeación presentó en el comité CIGD el seguimiento del Plan de Acción MIPG 2022-2023 con corte al 31 de diciembre de 2022, comité CIGD del mes de enero (Acta No.1) y febrero (Acta No. 3).</p> <p>Se evidencia actas del comité CIGD del mes de enero (Acta No.1) y febrero (Acta No. 3).</p>
R. OP-25	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 de la Oficina Asesora de Planeación encargado del procedimiento 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 Asesora de Planeación revisa el PAAC y da su aprobación para que este sea presentado por el profesional apoyo ante el comité CIGD para la aprobación y realiza publicación en la página web a 31 de enero de cada vigencia.</p>	<p>1. Se evidencia la elaboración de la encuesta, publicación y envió de la misma a los grupos de valor e informe de resultados. Posteriormente el profesional envía las invitaciones a los líderes y equipos de trabajo para la construcción del PAAC. Se evidencia actas de reunión con los líderes y equipos de trabajo, en las cuales se consignan las labores pertinentes a la construcción del PAAC.</p> <p>2. Se evidencia archivo de presentación en POWER POINT para la respectiva sustentación y aprobación en Comité de CIGD. Se evidencia de igual manera el Acta de CIGD del 25 y 31 de enero en el cual se aprueba en su totalidad el PAAC (plan y mapa SICOF). Posteriormente se evidencia publicación en la página institucional realizada el 30 de enero de 2023, cumpliendo con la normatividad vigente.</p>
R. OP-26	Posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por envió Inoportuno del líder en la información para publicación en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.	El líder de comunicaciones enviara mes a mes un correo recordando la importancia de las publicaciones a tiempo en las fechas establecidas de acuerdo a la matriz de registro de publicaciones.	<p>Se evidencia correo electrónico de 31 de enero de 2023, en el cual la comunicadora social, recuerda la publicación de información relevante en la página web. Es necesario resaltar que no se evidencia correo electrónico de los meses de febrero y marzo, ante esto, explica el líder de planeación que la comunicadora social no continuó con su contrato; sin embargo, afirma que las publicaciones se han realizado de acuerdo en los términos de ley, con el apoyo de la oficina de sistemas.</p> <p>Se entrega como soporte oficio firmado por el líder de la oficina de planeación respecto al seguimiento</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: 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 (I TRIMESTRE 2023)
			<p>del riesgo y correo electrónico de 31 de enero de 2023.</p> <p>Nota: Si bien no se cumplió con el control No. 1 del riesgo R. OP-26, el mismo no se materializó, ya que las publicaciones relevantes se realizaron en los tiempos de ley, sin embargo, se recomienda tomar acciones frente a los controles planteados para el riesgo.</p> <p>En cuanto al plan de acción, se encuentra sin cumplimiento de una actividad, por lo tanto, se recomienda dar cumplimiento a las actividades que presentan atrasos.</p>
		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	2. Este control no presenta seguimiento para las fechas establecidas, ya que está programada para el segundo trimestre de 2023.
R. OP-27	Posibilidad de afectación administrativa, por demoras en los tiempos de estructuración, Por falta de conocimiento y rotación de personal para la estructuración de la necesidad, causando reproceso en la formulación de los proyectos de inversión.	<p>El profesional de apoyo de la oficina asesora de planeación, cada vez que surja la necesidad de un proyecto de inversión, socializara al líder y equipo responsable los lineamientos a cumplir, evidenciado mediante acta de reunión.</p> <p>El profesional de apoyo de la oficina asesora de planeación verificara el cumplimiento de los requisitos en la estructura del documento de necesidad del proyecto, evidenciado mediante acta de reunión, notificando al jefe de planeación las observaciones generadas al documento necesidad; el jefe de planeación reportara al líder y equipo responsable mediante correo electrónico estas observaciones.</p>	<p>1. En lo correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2023, no se ha presentado proyectos para ser estructurados por la ESE ISABU. Sin embargo, la profesional de planeación como plan de acción desarrolló el formato denominado "formato diligenciamiento de necesidad para proyectos de inversión " el cual contiene ítems con su respectiva descripción para su correcto diligenciamiento, documento socializado mediante correo electrónico a los líderes responsables cumpliendo así con lo programado en el plan de acción de los riesgos operaciones para el 2023. Se evidencia el formato mencionado, y captura de pantalla del correo enviado de socialización a los líderes. Con las actividades anteriores se crea una línea base para la formulación de proyectos, de modo que contribuya a dar una solución específica en cumplimiento de la misión y visión de la ESE ISABU.</p> <p>2. En lo correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2023, no se ha presentado proyectos para ser estructurados por la ESE ISABU. Sin embargo, el formato mencionado anteriormente es una pauta para que el líder responsable cumpla con los parámetros solicitados para iniciar la estructuración del proyecto.</p>

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

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

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-28	Posibilidad de afectación administrativa, imagen por inadecuada aplicación del procedimiento elaboración de BOLETÍN INFORMATIVO por desactualización del documento	La profesional en comunicaciones realizará en el primer semestre la revisión de documentos anexos al procedimiento elaboración boletín informativo generando un acta donde se evidenciarán las modificaciones requeridas.	1. Las actividades relacionadas al presente control no se tienen programadas para realizar seguimiento en el primer trimestre del 2023.
		La profesional en comunicaciones realizará actualización de documentos anexos al procedimiento elaboración boletín informativo en el segundo semestre.	2. Las actividades relacionadas al presente control no se tienen programadas para realizar seguimiento en el primer trimestre del 2023.
R. OP-29	Posibilidad inadecuada aplicación del procedimiento CUBRIMIENTO DE EVENTOS por desactualización del documento	La profesional en comunicaciones realizará en el primer semestre la revisión de documentos anexos al procedimiento CUBRIMIENTO DE EVENTOS generando un acta donde se evidenciarán las modificaciones requeridas.	1. Las actividades relacionadas al presente control no se tienen programadas para realizar seguimiento en el primer trimestre del 2023.
		La profesional en comunicaciones realizará actualización de documentos anexos al procedimiento CUBRIMIENTO DE EVENTOS informativo en el segundo semestre.	2. Las actividades relacionadas al presente control no se tienen programadas para realizar seguimiento en el primer trimestre del 2023.
R. OP-30	Posibilidad de afectación administrativa, imagen por inadecuada aplicación del procedimiento REALIZACION DE PIEZAS GRAFICAS (DISEÑOS Y VIDEOS) por desactualización del documento	La profesional en comunicaciones realizará en el primer semestre la revisión de documentos anexos al procedimiento REALIZACION DE PIEZAS GRAFICAS (DISEÑOS Y VIDEOS) generando un acta donde se evidenciarán las modificaciones requeridas.	1. Las actividades relacionadas al presente control no se tienen programadas para realizar seguimiento en el primer trimestre del 2023.
		La profesional en comunicaciones realizará actualización de documentos anexos al procedimiento REALIZACION DE PIEZAS GRAFICAS (DISEÑOS Y VIDEOS) informativo en el segundo semestre.	2. Las actividades relacionadas al presente control no se tienen programadas para realizar seguimiento en el primer trimestre del 2023.
R. OP-31	Posibilidad de afectación administrativa, imagen por inadecuada aplicación del procedimiento PUBLICACION DE INFORMACION EN PAGINA WEB Y REDES SOCIALES por	La profesional en comunicaciones realizará en el primer semestre la revisión de documentos anexos al procedimiento PUBLICACION DE INFORMACION EN PAGINA WEB Y REDES	1. Las actividades relacionadas al presente control no se tienen programadas para realizar seguimiento en el primer trimestre del 2023.

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 PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
	desactualización del documento	<p>SOCIALES generando un acta donde se evidenciarán las modificaciones requeridas.</p> <p>La profesional en comunicaciones realizará actualización de documentos anexos al procedimiento PUBLICACION DE INFORMACION EN PAGINA WEB Y REDES SOCIALES informativo en el segundo semestre.</p>	<p>2. Las actividades relacionadas al presente control no se tienen programadas para realizar seguimiento en el primer trimestre del 2023.</p>


Evaluación de la efectividad de los controles: En el seguimiento correspondiente al primer trimestre de 2023, esta oficina de control interno detectó una situación presentada con el proceso de Planeación y direccionamiento estratégico, correspondiente al riesgo No. 26 del mapa de riesgos operacionales.

Al solicitar esta oficina de control interno, las evidencias del cumplimiento de los controles y en la evaluación directa que se realiza con cada equipo, se detectó que los controles establecidos para el riesgo operacional No. 26 no se habían aplicado en lo correspondiente a los meses febrero y marzo. Si bien el riesgo no se materializó, esto es indicativo de la falta de efectividad o diseño correcto de los controles.

En cuanto a controles, las guías de administración del riesgo de la Función Pública resaltan que **“Para la adecuada mitigación de los riesgos, no basta con que un control esté bien diseñado, el control debe ejecutarse por parte de los responsables tal como se diseñó. Porque un control que no se ejecute, o un control que se ejecute y esté mal diseñado, no va a contribuir a la mitigación del riesgo”**.

Para este caso en particular, el control no cumplió su objetivo, independientemente de la no materialización del riesgo, ya que su no ejecución reduce la capacidad de prevenir o detectar de manera oportuna su posible materialización, por lo tanto, el control puede llegar a resultar poco efectivo.

Recomendación de control interno: Teniendo en cuenta lo anterior, esta oficina de control interno recomienda se analice el control aplicado al riesgo de gestión No. 26 y la efectividad del mismo, teniendo en cuenta los anteriores comentarios.

	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

2. RIESGOS GESTIÓN DE CALIDAD

Este proceso tiene identificado siete (07) riesgos, con la siguiente valoración:

R. SA- 32: Extremo, **R. OP- 33:** Extremo, **R. OP- 34:** Extremo, **R. OP- 35:** Extremo, **R. OP- 36:** Extremo, **R. OP- 37:** Alto, **R. OP- 38:** Extremo.

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 (I TRIMESTRE 2023)
R.SA- 32	Posibilidad de daño y muerte del paciente, afectación económica, sanción penal, por incidentes o eventos adversos durante la prestación del servicio, por falta de adherencia al programa de seguridad del paciente por parte de todo el personal asistencial	El profesional de seguridad del paciente realizará auditoría a través de rondas de seguridad del paciente aplicando de lista de chequeo, de acuerdo a cronograma establecido para la vigencia 2023 en los servicios priorizados con el fin de identificar acciones inseguras, las acciones inseguras identificadas se notificarán inmediatamente al líder del proceso, directora técnica y subgerencia científica vía correo electrónico PRODUCTO ENTREGABLE: Listas de chequeo aplicada firmada por el líder del proceso	1. Del plan de acción se puede destacar un cronograma de capacitaciones que para el primer trimestre de 2023 se cumplió a cabalidad. Se evidencia reporte de la realización de 5 capacitaciones correspondientes a los meses de febrero y marzo. Se evidencia cronograma de rondas de seguridad del paciente, las cuales para el primer trimestre de 2023 se tiene programada la realización de una ronda correspondiente al mes de marzo realizada en el servicio de urgencias, cumpliendo con esto con el cronograma establecido. Para la realización de la ronda de seguridad del paciente la jefe de seguridad del paciente aplica la lista de chequeo dejando un reporte con los "no cumplimientos" identificados. De lo identificado al finalizar la ronda, la jefe reúne al personal y expone las situaciones encontradas con el fin de generar los correctivos inmediatos. De esto se evidencia acta y un listado de asistencia. Dentro del acta se evidencia la lista de chequeo aplicada y las respectivas firmas de la jefe del servicio y la jefe de seguridad del paciente.
		El comité integrador de seguridad del paciente de manera trimestral, realiza seguimiento a los eventos adversos presentados y a las acciones de mejora establecidas para evitar que el evento adverso se vuelva a presentar. PRODUCTO ENTREGABLE: Actas de Comité Integrador	2. Debido a que el Comité Integrador de Seguridad del Paciente se realiza trimestralmente, para el primer trimestre de 2023, se tiene programado realizar en el mes de abril de 2023, por lo tanto, no corresponde realizar su seguimiento.



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006


PAGINA: 12-49

VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-33	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)	<p>El profesional de calidad encargado de la implementación del PAMEC realizará de manera trimestral seguimiento al cumplimiento del plan de acción PAMEC con los líderes responsables de cada estándar, esto se realizará a través de la matriz de seguimiento.</p> <p>PRODUCTO ENTREGABLE: ACTA DE SEGUIMIENTO MATRIZ DE SEGUIMIENTO</p> <p>El profesional de calidad encargado de la implementación del PAMEC realizará de manera semestral presentación de los avances del PAMEC en la reunión del equipo transversal de mejora continua, donde la gerencia tomará medidas correctivas en el caso que se encuentren acciones atrasadas</p> <p>PRODUCTO ENTREGABLE: Acta de reunión</p>	<p>1. Para el primer trimestre la profesional de PAMEC realiza la planeación del PAMEC, el cual se implementará en el transcurso del año. Teniendo en cuenta que los planes de mejoramiento se notificaron a los líderes en el mes de abril de 2023, el seguimiento se realizará a partir del mes de junio de 2023. Sin embargo, correspondiente al plan de acción, la profesional de PAMEC elabora el cronograma de implementación del PAMEC 2023. Se evidencia cronograma del PAMEC.</p> <p>2. Debido a que el seguimiento por parte del equipo transversal de mejora continua se realiza semestralmente, aún no se tiene evidencias para realizar el seguimiento correspondiente.</p>
R. OP-34	Posibilidad de pérdida de imagen, pérdida de contratos por parte de las EPS, sanciones administrativas, multa y sanción del ente de regulador, debido a el incumplimiento en los estándares de habilitación de acuerdo a la 3100 del 2019, por falta de autoevaluación y retroalimentación de los hallazgos encontrados por parte de la oficina de calidad.	<p>EL profesional asignado a habilitación realizará autoevaluación anual junto con el líder del proceso a los servicios priorizados, a través de aplicación de lista de chequeo y se generará un informe con los hallazgos encontrados el cual será socializado por medio de correo con el líder del proceso y la subgerencia científica.</p> <p>PRODUCTO ENTREGABLE: Lista de chequeo de autoevaluación de habilitación aplicada en los servicios o proceso según cronograma Pantallazo de correo de socialización de informe de hallazgos</p> <p>El profesional de habilitación realizará seguimiento trimestral, a las oportunidades de mejora derivadas de los hallazgos por incumplimiento de habilitación derivadas de las visitas realizadas por el ente territorial y de las autoevaluaciones realizadas a los servicios, el incumplimiento al plan de mejora será notificado a la subgerencia científica, administrativa y gerencia a través de correo electrónico</p> <p>PRODUCTO ENTREGABLE Matriz de seguimiento trimestral Pantallazo de envío de incumplimiento al plan de mejora</p>	<p>1. Se evidencia cronograma de autoevaluación en la cuales se estableció el inicio de actividades para el mes de marzo de 2023, con la realización de siete (7) autoevaluaciones correspondientes a: Café Madrid, Kennedy, San Rafael, Gaitán, Santander, Bucaramanga y Joya. Sin embargo, a solicitud de la directora de Unidades Hospitalarias se adelantó la autoevaluación a Servicios farmacéuticos y Traslados asistenciales (ambulancias) las cuales estaban programadas para el segundo trimestre de 2023. Por esta razón para el primer trimestre se evidencia la aplicación de nueve (9) autoevaluaciones. Se evidencia aplicación de la autoevaluación y el respectivo informe y socialización a líderes por medio de correo electrónico.</p> <p>2. Para el primer trimestre de 2023, la matriz de seguimiento no aplica ya que los planes de mejoramiento de la aplicación de las autoevaluaciones se entregaron solo hasta el mes de abril, por lo tanto, los planes de mejoramiento se encuentran en estructuración. El seguimiento se realizará para el segundo trimestre de 2023.</p>

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 13-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-35	Posibilidad de afectación disciplinaria por sanción del ente de control por inadecuada segregación de residuos en la fuente	La ingeniera ambiental realiza auditorias de acuerdo a cronograma establecido a la adherencia al Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGIRHS	1. Se evidencia cronograma de auditorías internas a las 24 sedes de la ESE ISABU, con el fin de verificar el cumplimiento del PGIRS a través de la aplicación de una lista de chequeo. Se evidencia la actualización a la lista de chequeo y su respectiva aplicación en auditorías realizadas de acuerdo a cronograma. La lista de chequeo actualizada se aplicó en las auditorías realizadas a Bucaramanga, Comuneros, La Joya y Toledo Plata. Se evidencia aplicación de lista de chequeo antigua en el Hospital Local del Norte y la UIMIST. Para el trimestre de 2023, no ha sido necesaria la intervención (capacitaciones) ya que se está cumpliendo con las campañas ambientales.
R. OP-36	Posibilidad de afectación administrativa, disciplinaria y económica por incumplimiento de los estándares de habilitación en los servicios que requieran novedad de apertura ante el REPS por desconocimiento de la normatividad vigente, falta de articulación en los procesos y ausencia de orden jerárquico	<p>El profesional de habilitación estandarizará y documentará el procedimiento para solicitar por parte de los líderes o directivos una novedad de apertura de servicios garantizando que se cumpla con la resolución 3100 de 2019.</p> <p>PRODUCTO ENTREGABLE: PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO</p> <p>El profesional de habilitación verificará el cumplimiento de los criterios de habilitación cada vez que el líder solicite apertura de un servicio, aplicando lista de chequeo y entregará al líder el resultado de la aplicación de la lista de chequeo socializando si el servicio es apto para aperturar o se debe realizar ajustes de acuerdo a estándares de habilitación, esto se realizará vía correo electrónico</p> <p>PRODUCTO ENTREGABLE: LISTA DE CHEQUEO APLICADA SOCIALIZACION DE APROBACION O AJUSTES A REALIZAR PARA PODER REALIZAR NOVEDAD: PANTALLAZO DE CORREO ELECTRONICO</p>	<p>1. Se evidencia procedimiento codificado denominado "SOLICITUD NOVEDADES" en el cual los líderes al momento de requerirse la apertura o novedad de un servicio tiene especificado el paso a paso para realizar el respectivo requerimiento. Del plan de acción se cumplió con la socialización del procedimiento a líderes, por medios virtuales, levantándose acta correspondiente. Se evidencia acta firmada entre la jefe de habilitación y la profesional de PAMEC en la cual se definió los ítems de novedades de habilitación. Con esto se encuentran cumplidas las actividades del plan de acción.</p> <p>2. Para el primer trimestre de 2023, no se han requerido realizar novedades en el servicio, por lo tanto, no se evidencia aplicación de la lista de chequeo ni demás actividades tendientes a habilitar un servicio.</p>

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



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006


PAGINA: 14-49

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 (I TRIMESTRE 2023)
R. OP- 37	Posibilidad de afectación económica, reputacional, por incumplimiento del plan de mejoramiento derivado de las auditorías externas de EPS y entes de control, por falta de seguimiento por parte de la oficina de calidad	La profesional de habilitación encargada de la atención de las auditorías externas realizará junto con el líder diligenciamiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa realizada y enviará de manera oportuna a la EPS o ente de control cada vez que se genere plan de mejoramiento y en el tiempo establecido de acuerdo a requerimiento de la EPS PRODUCTO ENTREGABLE: MATRIZ DE PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA EXTERNA	1. Se evidencia plan de mejora formulado en ciclo PHVA, estructurado por la líder del proceso y la jefe de habilitación. Para el primer trimestre, se recibió la visita del referente de maternidad segura, del cual se generó el mencionado plan de mejora.
		La profesional de habilitación encargada de la atención de las auditorías externas realizará seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa realizada. Si se evidencia en el seguimiento acciones atrasadas, se notificará a la dirección técnica y la subgerencia correspondiente. PRODUCTO ENTREGABLE: MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA EXTERNA	2. Se evidencia matriz de plan de mejoramiento en el cual se plasma el plan de mejoramiento y el seguimiento de las acciones formuladas, producto de la auditoría externa realizada por el referente de maternidad segura. Las acciones contempladas para el primer trimestre de 2023 se encuentran cumplidas en un 100%, según matriz de seguimiento, para un 4% de avance del plan total.
R. OP-38	Posibilidad de afectación reputacional, económica, administrativa, por sanción del ente de control, EPS, por incumplimiento en las metas establecidas para los indicadores de calidad de acuerdo a la norma vigente, por falta de seguimiento a el resultado de los indicadores por parte de la oficina de calidad	La técnica de apoyo a indicadores de manera semanal enviará a las directoras técnicas tablero de Excel de oportunidad por centro de salud y especialidad con el fin de que las directoras tomen acciones inmediatas para mejorar la oportunidad. PRODUCTO ENTREGABLE: Pantallazo de correo con envío de tablero de Excel Tablero de Excel mensual con el detallado por semanas	1. Se evidencia captura de pantalla del envío del tablero de indicadores de oportunidad correspondiente al primer trimestre de 2023, con periodicidad semanal, a las directoras técnicas. Con esto se evidencia cumplimiento del plan de acción.
		El jefe de Calidad analizará de manera trimestral el comportamiento de los indicadores de oportunidad en grupo primario, antes de reportar los indicadores al Ministerio de salud y protección social, con el fin de analizar causas de posibles desviaciones y generar acciones de mejora si se considera pertinente. PRODUCTO ENTREGABLE Acta de grupo primario trimestral con análisis de indicadores	2. Teniendo en cuenta la modificación del cronograma de sustentación de los indicadores de oportunidad por parte de la secretaria de Salud del Departamento, se debió priorizar la presentación de indicadores en el Comité CIGD, por lo tanto, se presenta como evidencia esta acta, y para el segundo trimestre se evidenciará el acta del grupo primario de calidad. El plan de acción determina acta de grupo primario de Calidad sin embargo por la situación mencionada se adjunta acta CIGD.

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


3. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIOS

Este proceso tiene identificado cuatro (04) riesgos, con la siguiente valoración:

R. OP- 39: Extremo, **R. OP- 40:** Extremo, **R. OP- 41:** Alto, **R. OP- 42:** Extremo


3.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-39	Posibilidad de afectación económica, reputacional, imagen y administrativa por falta de profesionales, por inestabilidad laboral, por no remplazo de inasistentes de pacientes por desequilibrio en la oferta y demanda, generando inoportunidad en la atención de los servicios de consulta de consulta externa (medicina general y odontología).	La subgerencia científica junto a las directoras técnicas y coordinación de odontología, realizan un análisis de oportunidad de forma trimestral, socializado en el comité CIGD evidenciado mediante acta.	Este riesgo no corresponde realizar seguimiento ya que sus actividades inician ejecución en el mes de abril de 2023.
		las directoras técnicas y la coordinación de odontología realizan seguimiento semanal a la oportunidad de medicina general y odontología, evidenciado mediante herramienta de Excel tomando los correctivos necesarios.	Este riesgo no corresponde realizar seguimiento ya que sus actividades inician ejecución en el mes de abril de 2023.
R. OP-40	Posibilidad de afectación imagen, reputacional por horario extendido de profesionales por renuncias frecuentes de profesionales de la salud afectando la prestación de servicios terminando con demanda insatisfecha	La enfermera profesional revisara el estado de consulta externa extendida para el día, por medio del sistema de información PANACEA, enviando la información al grupo de jefes mediante mensaje de texto y diligenciando cuadro en Excel para entregar a la dirección técnica.	Se evidencia documento en Word en el cual la enfermera profesional de los centros de salud que tienen atención prioritaria consigna la necesidad de una atención médica, sirviendo de instrumento para que las directoras técnicas tomen decisiones inmediatas sobre la demanda insatisfecha, logrando mantener la oportunidad en los parámetros establecidos por la norma, además de una atención oportuna. El control resulta efectivo ya que los indicadores de oportunidad se mantienen dentro los parámetros que exige el sistema de seguridad social respecto a la oportunidad de atención médica. Se aportó: documento en Word en el cual se plasma las acciones tomadas para la atención oportuna, documento en Excel en el cual se relacionan las atenciones según reporte de PANACEA.

	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

GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
		Los apoyos administrativos de cada centro de salud cuando evidencien demanda insatisfecha consultaran en los centros de salud con horario extendido para agendar los usuarios pendientes de atención, esta información se realizará a través de correo electrónico.	Se evidencia documento en Excel en el cual se relacionan las consultas atendidas en las consultas de demanda insatisfechas que fueron agendados por los apoyos administrativos. El control resulta efectivo ya que permite identificar la oportunidad, acceso a la consulta y garantizar una atención de calidad y oportuna. Se aportó: Documento en Excel en el cual se relacionan las atenciones según demanda insatisfecha de PANACEA (centro de salud rosario). Nota: Debido a la dinámica del control se requiere un instrumento más inmediato que el correo electrónico, por lo tanto, las directoras técnicas utilizan el Chat de WhatsApp con el fin de determinar una respuesta pronta. Por lo tanto, se recomienda modificar el Control con la oficina de Planeación.
R. OP-41	Posibilidad de pérdida de credibilidad, oportunidad y confianza de parte de los usuarios al momento de la prestación del servicio de consulta externa especializada, derivado de la Inasistencia del personal médico especializado a la consulta programada sin aviso previo	La líder del servicio de consulta externa verificara y consolidara en cuadro de turnos la disponibilidad de los horarios de atención reportados por los de médicos especialistas de consulta externa para realizar consulta del mes siguiente, en caso de presentar eventualidad de no asistencia la líder de consulta externa reportara a director técnico de unidades hospitalarias la novedad presentada. 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.	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 41 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.
R. OP-42	Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a no cumplimiento de las metas de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud (RMPS)	Directoras técnicas y Coordinadora de Promoción y Prevención Organizaran jornadas de PyP, según 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.	Este riesgo no corresponde realizar seguimiento ya que sus actividades inician ejecución en el mes de abril de 2023. Este riesgo no corresponde realizar seguimiento ya que sus actividades inician ejecución en el mes de abril de 2023.

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


4. RIESGOS GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R. OP- 43: Alto

4.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN TALENTO HUMANO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-43	Posibilidad de pérdida de imagen y económica por sanciones de entes de control y reclamación de los involucrados debido a el incumplimiento de los estándares mínimos de SGSST	El profesional de SST diseñará y ejecutará un Plan de trabajo que permita dar cumplimiento a la implementación del SG-SST, enmarcado dentro de la normatividad legal vigente (Resolución 0312 de 2019).	1. Se evidencia documento denominado "Plan de Trabajo de SST" en el cual se relacionan las actividades que obedecen al cumplimiento normativo en las actividades de seguridad y salud en el trabajo. En este documento se identifica un cronograma establecido de actividades, las cuales se han cumplido hasta la fecha. Se aportó documento de trabajo "Plan de Trabajo de SST" debidamente aprobado en comité del CIGD. Se aportó como evidencia del cumplimiento de actividades el "Plan de Trabajo".
		El profesional SST realizará la medición de los indicadores del SG-SST que permita verificar la gestión del plan de trabajo del SG-SST.	2. Se evidencia "ficha técnica de indicadores" en la cual se mide la frecuencia de accidentalidad, incidencia de enfermedad laboral, prevalencia de enfermedad laboral, proporción de accidentes de trabajo mortales en el año e índice de severidad, permitiendo medir la gestión del plan de trabajo de SST. Se aportó como evidencia del cumplimiento de actividades las "fichas técnicas de indicadores" de 5 indicadores que debían medirse para el primer trimestre de 2023.

	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


5. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R. OP- 44: Extremo

5.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-44	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 PQRS.	Se evidencia seguimiento diario discriminado por meses correspondientes al primer trimestre de 2023 (enero, febrero y marzo) 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. Este control le permite al profesional de atención al usuario 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.
		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.

	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


6. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R. OP- 45: Extremo

6.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-45	Posibilidad de afectación de imagen reputacional, incumplimiento normativo y/ o sanciones y pérdida económica por inadecuada aplicación del PROCEDIMIENTO DE CADENA DE CUSTODIA LEGAL CODIGO: P- 2004- 03 VERSION 2.0 por desactualización del documento, produciendo afectación en el debido proceso judicial del usuario por desconocimiento y falta de adherencia al procedimiento.	<p>La líder de enfermería realizará la actualización del procedimiento de del PROCEDIMIENTO DE CADENA DE CUSTODIA LEGAL, este será actualizado en el mes de abril.</p> <p>La líder de enfermería revisara de forma permanente las evidencias de cadena de custodia entregadas por el personal de enfermería (datos de los pacientes) para su almacenamiento, verificando la información suministrada (datos del o los pacientes) con la Historia Clínica y tomara acciones permanentes frente a las desviaciones encontrados en el procedimiento cadena de custodia, enviando notificación mediante correo electrónico al responsable (jefe enfermero profesional o medico) solicitando corrección de los datos del o el paciente.</p>	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 45 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.

	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


7. RIESGOS GESTIÓN DE INTERNACIÓN

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R. OP- 46: Extremo

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 (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-46	Posibilidad desafectación por pérdida económica y administrativa por omisión de los auxiliares de enfermería al no realizar suministro de medicamentos ordenados por el medico en el sistema PANACEA, generando demora en la salida de los pacientes.	El líder de enfermería de internación realizara dos auditorias en el mes al suministro de medicamentos realizada por los auxiliares de enfermería en el sistema panacea, con el objetivo de identificar la omisión causada por estos, evidenciado mediante informe.	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 46 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.

	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

8. RIESGOS GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS


Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R. OP- 47: Alto

8.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN A PARTOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-47	Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por falta de captación y seguimiento al usuario con orden de procedimiento quirúrgico, debido a falta de un proceso de comunicación entre el servicio de consulta externa y el servicio de cirugía	La jefe líder del proceso cirugía realiza seguimiento semanal telefónico mediante el diligenciamiento del drive de paciente con orden de procedimiento quirúrgico con la finalidad de captar los pacientes con orden y /o pendiente valoración de anestesia para la agilización en el proceso de programación quirúrgica.	Se evidencia archivo en Excel denominado "pacientes con orden de cirugía" en el cual se relaciona los procedimientos realizados junto a consulta externa, desde que se solicita hasta que se programan correspondiente al primer trimestre de 2023. Con el diligenciamiento del archivo se garantizó que todos los pacientes programados, se agendaran para la realización del procedimiento. Para el primer trimestre se logró el cumplimiento de la meta programada, logrando cerca de 406 cirugías.
		la jefe líder del proceso de cirugía realizara reporte mensual, alimentando archivo Excel en el drive de paciente con orden de procedimiento quirúrgico que por causas no atribuibles a la institución no asiste a la programación pactada telefónicamente.	Se evidencia archivo en Excel en el cual se relaciona los pacientes a los cuales se les realizó satisfactoriamente el procedimiento. Para el primer trimestre del año todos los pacientes programados asistieron de manera oportuna a la fecha y hora del procedimiento. El control resulta efectivo toda vez que sirve de instrumento para tener un seguimiento más directo del paciente ofreciendo información importante sobre su procedimiento.

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: 22-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

9. RIESGOS GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO


Este proceso tiene identificado dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R. OP- 48: Extremo, R. OP- 49: Alto

9.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO TERAPEUTICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-48	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.	El líder del servicio farmacéutico realiza un control mensual de existencias de inventarios utilizando la plataforma tecnológica PANACEA y estos se registra en el formato de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos con el fin de reportar la necesidad de compra a los proveedores asignados.	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 48 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.
		El líder del servicio farmacéutico 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 supervisión del contrato, subgerencia científica y directoras técnicas vía correo electrónico, para la toma de decisiones y viabilidad de segundas opciones dentro del listado institucional de medicamentos	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 48 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.
R. OP-49	Posibilidad de afectación económica, reputacional, imagen y administrativa por falta de profesionales, por inestabilidad laboral, por no remplazo de inasistentes de pacientes por desequilibrio en la oferta y demanda, generando inoportunidad en la atención de los servicios de consulta de consulta externa (medicina general y odontología).	El líder del proceso de apoyo terapéutico identifica las brechas existentes de lo reportado por el profesional de terapias en el Drive (archivo Excel terapias) verificando información con el sistema de panacea mensualmente, si se identifican inconsistencias y se le informa al profesional de terapias a través de correo electrónico para que realice los ajustes necesarios con el fin de garantizar la facturación, Se evidenciará mediante informe mensual.	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 49 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.

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 APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIO CLÍNICO

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R. OP- 50: Alto

10.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-50	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 gestiona capacitaciones bimestrales a todo el personal de laboratorio clínico en temas inherentes a todo el procesamiento de muestras desde la fase preanalítica, la cual se evidencia con actas de capacitaciones.	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 50 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.
		El líder del laboratorio o un bacteriólogo designado Realizará supervisión a la fase preanalítica aplicando formato toma de muestras LAB-F-034 donde realizará análisis de (inconsistencias encontradas en la supervisión /Total de actividades supervisadas), esta supervisión se realizará por centro de salud dos veces al año.	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 50 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.

	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

11. RIESGOS GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO – RADIOLOGÍA


Este proceso tiene identificado dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R. OP- 51: Alto, R. OP- 52: Alto

11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO - RADIOLOGIA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-51	Posibilidad de afectación de imagen, reputacional por falta de adherencia al procedimiento de asignación de citas y procedimiento de preparación de usuarios para la toma de estudios radiológicos produciendo mal agendamiento, ocasionando la no atención adecuada del paciente afectando la oportunidad de atención.	La profesional de rayos x, realizara reinducción y medición de la apropiación del conocimiento mediante herramienta tecnológica Google Form, en el procedimiento de asignación de citas y preparación de pacientes a los facturadores en el rol de imagenología de manera trimestral.	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 51 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.
		La profesional de rayos x implementará el formato de seguimiento (control de roles en facturación y radiología) al personal responsable de asignación de citas radiológicas con una periodicidad mensual, enviando la información de las fallas a la subgerente administrativa y a la líder de facturación.	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 51 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.
R. OP-52	Posibilidad de afectación de imagen, reputacional y disciplinaria, penal, económica, por queja o demanda del usuario por posible sobredosis de exposición durante la toma de rayos x periapicales por incumplimiento del protocolo de toma de imágenes odontológicas, que exige el diligenciamiento del consentimiento informado, el cual obliga al profesional de odontología a explicar el motivo de la toma del RX odontológico, y las normas de seguridad previas.	El Odontólogo realizará el diligenciamiento del consentimiento informado a todos los usuarios que requieran toma de RX odontológico, llenando en el formato de control el registro del mismo.	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 51 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.
		La profesional de radiología realizara control de diligenciamiento de los consentimientos informados, mediante el formato de control de toma y estimación de dosis odontológica, que permite identificar el profesional que incumpla y levantar la acción de mejora personalizada.	En oficio de 24 de abril de 2023, la directora técnica de la ESE ISABU, Dra. Clara Inés Strauch Díaz, manifiesta que respecto al riesgo 51 no se presentarán avances de ejecución debido a que la fecha de implementación es a partir del mes de abril de 2023.

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

12. RIESGOS GESTIÓN SALUD PÚBLICA

Este proceso tiene identificado seis (06) riesgos, con la siguiente valoración:

R. OP- 53: Alto, **R. OP- 54:** Extremo, **R. OP- 55:** Extremo, **R. OP- 56:** Extremo, **R. OP- 57:** Extremo, **R. OP- 58:** Extremo

12.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-53	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	El auxiliar de enfermería del área de vigilancia verifica 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.	1. Este control presenta dos momentos importantes para su cumplimiento: El primero de ellos lo realiza el médico que atiende el paciente, quien identifica el evento de interés de salud pública, diligenciando la ficha del evento de salud pública, esta ficha es conocida por la enfermera jefe del centro de salud o UPG quien realiza el cargue al SIVIGILA, siendo controlado este momento por la auxiliar del área de vigilancia epidemiologia, donde se revisa la calidad del dato de la ficha para su respectivo reporte en el SIVIGILA. El segundo momento es el control que se realiza del 100% de las atenciones institucionales de las UPGD de la ESE ISABU, donde se verifica los RIPS y se genera la BAI (búsqueda activa institucional) donde se identifican los diagnósticos que cumplen con el criterio de los eventos de salud pública. Una vez identificado un evento que no ha sido captado en la atención, se informa a la UPGD responsable para que genere la ficha de vigilancia epidemiológica y el respectivo cargue en el SIVIGILA. Se aportó archivo en EXCEL correspondiente a la BAI y la ficha de indicador donde se evidencia que el 100% de los eventos fueron notificados.



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


SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-54	Posibilidad de afectación por pérdida reputacional, administrativa y en salud del paciente, por falta de adherencia al protocolo de sífilis gestacional y congénita por parte del personal de salud y no adherencia al tratamiento por parte de la gestante, debido a la no tamización con pruebas rápidas al ingreso del control prenatal por parte del personal de salud.	La líder de la ruta materno perinatal realiza revisión a gestión de riesgos de ingresos diario a control prenatal con su respectiva tamización para sífilis con prueba rápida utilizando herramienta de Excel con posterior envío mediante correo electrónico de los hallazgos encontrados a la subgerencia científica, directoras técnicas y jefes de centros de salud con el fin de tomar acciones inmediatas.	Se evidencia documento en Excel en el cual la jefe líder de la ruta materno perinatal realiza la gestión del riesgo de las gestantes que no cuentan con los laboratorios trazadores (VIH-sífilis). Una vez identificadas las gestantes, se envía información a cada una de las líderes de los centros de salud con el fin de realizar la búsqueda de las gestantes y realicen el tamizaje para identificar posible diagnóstico de VIH o sífilis. Con esto se espera identificar de manera oportuna el diagnóstico de sífilis gestacional y su adecuado tratamiento para prevención de sífilis congénita. El control ha resultado efectivo toda vez que se la logrado captar más gestantes con el fin de tamizar.
		La líder de la ruta materno perinatal realiza seguimiento a gestante desde el diagnóstico de sífilis gestacional hasta la finalización de tratamiento de forma adecuada mediante herramienta base de datos de Excel alimentado por los resultados alterados reportados por laboratorio de manera inmediata, este seguimiento se realiza según los casos confirmados con el diagnóstico.	Se evidencia documento en Excel denominado "seguimiento sífilis gestacional" en la cual se relacionan las gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis gestacional, llevando la trazabilidad del tratamiento aplicado a cada una de ellas y las observaciones de seguimiento respectivas. El control resulta efectivo ya que el seguimiento asegura el cumplimiento del tratamiento para prevención de sífilis congénita.
R. OP-55	Posibilidad de afectación por pérdida administrativa y en salud del paciente, por falta de adherencia a los lineamientos establecidos en el programa de manejo de enfermedades cardiovasculares en base a la GPC de hipertensión arterial, por la no solicitud de exámenes de laboratorio pertinentes, remisiones e inadecuado diligenciamiento de la HCL al ingreso del Programa de RCV por parte del personal de salud.	La líder de ruta de la unidad cardio metabólica agrupa la cohorte de pacientes del programa de riesgo cardiovascular mensualmente donde se clasifica la base de datos en ingresos y controles en un documento de Excel, que posteriormente se envía por correo electrónico a auditor médico para realizar la respectiva auditoria.	Se evidencia archivo en Excel en el cual se agrupan los usuarios que pertenecen al programa de riesgo cardiovascular. Se evidencian las fechas de ingreso, la fecha de citas de control y la toma de laboratorios. Este archivo de Excel es un instrumento indispensable como base de datos para establecer un seguimiento de las estadísticas de frecuencias en las consultas de riesgo cardiovascular.
		El auditor medico realiza la auditoria mediante el instrumento evaluador con sus respectivos ítems a evaluar de acuerdo a la GPC de HTA del ministerio de salud y protección social, con puntaje de adecuado a la sumatoria de todos ítems y los dos porcentajes de la calidad administrativa de la historia clínica y adherencia a la guía con un porcentaje total de adherencia a la guía que para cumplimiento debe ser mayor al 80%.	El auditor medico realiza auditorias de las historias clínicas del programa de riesgo cardiovascular con el fin de evaluar que se esté aplicando la guía para el manejo del riesgo cardiovascular. Las auditorias se ejecutan según cronograma, que para el primer trimestre de 2023 se cumplió en su totalidad. Este instrumento es importante ya que genera un instrumento de evaluación de los médicos y el diligenciamiento de la historia clínica.

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

SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-56	Posibilidad de afectación reputacional y administrativas por Incumplimiento a la implementación de la política IAMII institucional debido a la falta de adherencia a la política IAMII Institucional por parte de los funcionarios de la E.S.E ISABU	La líder de salud infantil acompañara a los lideres encargados de cada centro de salud y unidades hospitalarias al debido diligenciamiento de manera semestral del formato de autoevaluación de la política IAMII.	Se evidencia dos (2) formatos de autoapreciación uno correspondiente a las unidades hospitalarias y otro a las unidades operativas, en las cuales se evidencia el cumplimiento a los pasos de la política IAMII. Con esto se abona el camino para convertirnos en una institución IAMII, fortalece el modelo de atención hacia madres, niños. Con estas actividades se cumple el plan de acción.
		La líder de salud infantil realizara seguimiento trimestral al plan de mejora que se efectuó con los resultados expuesto a través de semaforización de tal forma que se direccionen las actividades hacia el 100% de cumplimiento en los indicadores además se realizara notificación a subgerencia científica, directoras técnicas y dirección de unidades hospitalarias con el fin d tomar acción inmediata.	Que debido a que la actividad es de cumplimiento trimestral se realizará seguimiento en el segundo trimestre de 2023.
R. OP-57	Posibilidad de 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.	Que debido a que la actividad reporta fecha de cumplimiento a mayo, por lo tanto, se realizará seguimiento en el segundo trimestre de 2023.
R. OP-58	Posibilidad de pérdida económica por incumplimiento a metas de programas por EPS, para ejecución durante el periodo, debido a la falta de adherencia a la resolución 3280 del 2018 en la ESE ISABU.	La coordinadora de Promoción y prevención realizará seguimiento a las actividades realizadas mensualmente por RIPS y por EPS del cumplimiento generando informe de seguimiento y análisis de las estimaciones o metas por EPS.	1. Se evidencia archivo en Excel en el cual la jefe de Promoción y Prevención realiza monitoreo de las actividades planteadas por las EPS (AsmetSalud, COOSALUD, Nueva EPS y Sanitas) identificando las actividades cumplidas y no cumplidas, mediante una semaforización con el fin de identificar los posibles descuentos por curso de vida e identificar las actividades que requieren fortalecer el trabajo. Este archivo de Excel le sirve para reportar el porcentaje de cumplimientos por EPS. En cuanto al plan de acción, la jefe de promoción y prevención realizó tres (3) capacitaciones en el primer trimestre del año, que obedece al plan de capacitaciones de la ESE ISABU. Con lo anterior, se cumple con las actividades planteadas en el control y en el plan de acción minimizando la materialización del riesgo operacional.

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

13. RIESGOS GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

Este proceso tiene identificado siete (07) riesgos, con la siguiente valoración:

R. OP- 59: Extremo, **R. OP- 60:** Alto, **R. OP- 61:** Extremo, **R. OP- 62:** Extremo, **R. OP- 63:** Alto, **R. OP- 64:** Alto, **R. OP- 65:** Alto.

13.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-59	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 Almacenista General 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	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas límites para su cumplimiento por lo tanto se verificará en el segundo trimestre de 2023.
		Realizar auditorías mensuales de acuerdo a cronograma establecido y a los centros de salud priorizados	Se evidencia actas de auditoría en las cuales se realiza cruce de la información reportada en PANACEA vs lo físico en el centro de salud, con el fin que se estén actualizando las existencias de manera mensual. Este control resulta efectivo toda vez que se mantiene un seguimiento constante a los insumos solicitados a almacén.
R. OP-60	Posibilidad de pérdida económica por pérdida de activos de 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 Almacenista General realiza auditorías de acuerdo a cronograma, con el fin de verificar el inventario inicial realizado el año inmediatamente anterior, de esto se deja evidencia en un acta de cada dependencia auditada, en la cual se tomarán las medidas o acciones de mejora a las que haya lugar.	Se evidencia cronograma de auditorías aleatoria de toma física de inventarios, actividades que iniciarían a partir del mes de mayo de 2023. Con esta actividad se cumple con el plan de acción según las actividades y fechas establecidas.



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 RECURSOS FÍSICOS

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-61	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 seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo y al plan de capacitaciones de los equipos biomédicos con el fin de mitigar daños y costos, verificando actividades ejecutadas vs actividades programadas.	Se evidencia cronograma y actas de capacitación en temas relacionados con equipos biomédicos, en total, para el primer trimestre del año, se realizaron 10 capacitaciones en el HLN y UIMIST, cumpliendo con el cronograma establecido. Se evidencia cronograma de mantenimiento biomédico en centros de salud y cronograma de mantenimiento biomédico en el HLN y UIMIST. Por último, se evidencia informe de mantenimiento hospitalario surtido durante el primer trimestre de 2023, en el cual se relacionan los mantenimientos realizados, además de los avances alcanzados, relacionados con el mantenimiento biomédico de la ESE ISABU.
R. OP-62	Posibilidad de pérdida económica, sanción del ente de control y sobrecostos por daño en la infraestructura debido al incumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo o incumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la habilitación de la ESE ISABU.	El coordinador de mantenimiento a la infraestructura realizará seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a la infraestructura y de cumplimiento a la normatividad vigente en cuanto a la habilitación	Se evidencia cronograma de mantenimiento de infraestructura, cronograma de los mantenimientos con el fin de cumplir con los hallazgos de auditorías externas, cronograma de mantenimiento eléctrico y mantenimiento de cubiertas y canales. De igual manera, se evidencia informes de los mantenimientos correctivos realizados en las instalaciones de la ESE ISABU e informe de los mantenimientos planificados, ejecutados y realizados durante el primer trimestre de 2023.
R. OP-63	Posibilidad de afectación administrativa, económica y de imagen por inadecuada aplicación del procedimiento baja de activos por desactualización del documento	El jefe Almacenista General realizará en el primer semestre la revisión de documentos anexos al procedimiento baja de activos generando un acta donde se evidenciarán las modificaciones requeridas.	Esta actividad no tendrá seguimiento en el primer trimestre de 2023.
		El profesional en recursos físicos realizará actualización de documentos anexos al procedimiento baja de activos en el segundo semestre.	Esta actividad no tendrá seguimiento en el primer trimestre de 2023.
R. OP-64	Posibilidad de afectación administrativa, económica y de imagen por inadecuada aplicación del procedimiento de entrada, salida y traslado de activos e insumos por desactualización del documento	El Almacenista General realizará en el primer semestre la revisión de documentos anexos al procedimiento de Entrada, salida y traslado de activos e insumos generando un acta donde se evidenciarán las modificaciones requeridas.	Esta actividad no tendrá seguimiento en el primer trimestre de 2023.
		El almacenista General realizar la actualización de documentos anexos al procedimiento de Entrada, salida y traslado de activos e insumos en el segundo semestre.	Esta actividad no tendrá seguimiento en el primer trimestre de 2023.

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 30-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-65	Posibilidad de afectación administrativa, económica y de imagen por inadecuada aplicación del procedimiento de Toma física de inventario por desactualización del documento	El Almacenista General realizará en el primer semestre la revisión de documentos anexos al procedimiento de Toma física de inventarios generando un acta donde se evidenciarán las modificaciones requeridas.	Esta actividad no tendrá seguimiento en el primer trimestre de 2023.
		El Almacenista General realizará actualización de documentos anexos al procedimiento baja de activos en el segundo semestre.	Esta actividad no tendrá seguimiento en el primer trimestre de 2023.

14. RIESGOS GESTIÓN DE LAS TICS


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

R. OP- 66: Extremo, R. OP- 67: Extremo, R. OP- 68: Alto, R. OP- 69: Alto, R. OP- 70: Alto

14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-66	Posibilidad de pérdida económica, daños en la información que maneja la entidad, por un ataque cibernético y sanciones por perdidas de los recursos financieros para el pago de obligaciones y funcionamiento de la entidad por ser vulnerables los sistemas de protección.	El Coordinador de Sistemas y administrador de infraestructura garantizará que la licencia de antivirus y firewall este activa, y correctamente configurada. El seguimiento y análisis al adecuado funcionamiento y cumplimiento de las licencias se evidenciarán mediante un informe trimestral del firewall y del antivirus	Debido a que la licencia del firewall y el antivirus actualmente se encuentran activas y vigentes hasta el mes julio, agosto y diciembre del 2023, esta actividad presentará cumplimiento en el transcurso del segundo semestre de 2023. Por lo tanto y teniendo en cuenta el plan de acción, se evidencia lo siguiente: 1. El formato de necesidad se diligenciará en el transcurso del segundo semestre. 2. Informe trimestral del Firewall y antivirus. se evidencia informe de antivirus y firewall correspondiente al primer trimestre de 2023, en el cual se relacionan las licencias activas. 3. Se evidencia cronograma de sensibilización de seguridad de la información y protección de datos personales.

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

GESTIÓN DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-67	Posibilidad de pérdida de confidencialidad, integridad y seguridad de los activos y de información, por no ejecutar las actualizaciones de seguridad necesarias para la protección de atacante cibernéticos en los sistemas de información principal de la entidad.	El Ingeniero Administrador de la Base de datos, realizará revisión de forma periódica, realizando la actualización de Base de datos, del sistema de información y la maquina o servidor donde se aloja la misma, con las actualizaciones de Seguridad si se requiere o cuando el proveedor notifique de alguno urgente que se debe aplicar y se generará Informe de actividades realizadas de manera semestral donde se evidencia las actualizaciones aplicadas.	Esta actividad no tiene seguimiento para el primer trimestre de 2023, ya que el informe se rinde semestralmente.
R. OP-68	Posibilidad de Perdida de información y no disponibilidad de los servicios que presta la entidad debido a fallas en los PC y servidores por falta de mantenimientos, actualizaciones, remplazo de elementos obsoletos y Ausencia de un esquema de contingencia.	El ing. líder de infraestructura coordinará mantenimientos preventivos de equipos de cómputo y servidores, evidenciado el cumplimiento mediante un informe cuatrimestral.	Se evidencia cronograma de mantenimiento preventivos para los equipos de cómputo y servidores. Contiene actividades para ejecutar a lo largo de la vigencia 2023. En cuanto al avance de los mantenimientos se realizará informe de manera cuatrimestral. Con la ejecución de esta actividad, se entiende cumplido el plan de acción, teniendo en cuenta las fechas establecidas.
		El ing. líder de infraestructura realizara monitoreo de disponibilidad de servidores a través de plataforma Proxmox y se evidenciara mediante informe semestral	Esta actividad no tiene seguimiento para el primer trimestre de 2023, ya que el informe se rinde semestralmente.
R. OP-69	Posibilidad de afectación administrativa, disciplinaria por inadecuada aplicación de procedimientos desactualizados - como el Procedimiento de Licenciamiento de equipos de cómputo y el Procedimiento de Soporte y Mantenimiento de los Servidores	El ing. Coordinador de la oficina de sistemas, junto con el administrador de infraestructura tecnológica deberá realizar y mantener actualizado la documentación u procesos de las TI. (Tecnologías de la Información)	Esta actividad tiene fecha límite de cumplimiento hasta el segundo semestre de 2023, por lo tanto, no será objeto de seguimiento.

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 DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-70	Posibilidad de afectación administrativa y disciplinaria por fata de actualización del PETI y sus estrategias a acorde a los riesgos identificados.	Los Ingenieros lideres de los procesos de sistema de la Información, Líder de Infraestructura, Ing. De seguridad de la información y protección de datos personales, estructuraran estrategias para la actualización de PETI durante la vigencia del 2023, que permitan mitigar riesgos identificados en el proceso de TI. (Tecnologías de la Información)	1. Se evidencia cronograma para la creación PETI para la vigencia 2024-2027. En cuanto al plan de acción según fechas establecidas se tiene para cumplimiento la actividad arriba descrita, por lo tanto, se entiende que el plan de acción según fechas se encuentra cumplido en un 100%.

15. RIESGOS GESTIÓN FINANCIERA


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

R. OP- 71: Alto, **R. OP- 72:** Alto, **R. OP- 73:** Alto, **R. OP- 74:** Alto, **R. OP- 75:** Alto, **R. OP- 76:** Alto

15.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN FINANCIERA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-71	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de tesorería por desactualización del documento	El líder de Tesorería realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.	Este control no se realiza seguimiento durante el primer trimestre del año teniendo en cuenta que la ejecución de actividades inicia el mes de abril de 2023.

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 33-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN FINANCIERA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-72	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de contabilidad por desactualización del documento	El líder de Contabilidad realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.	El 29 de marzo de 2023 el profesional de apoyo de la subgerencia administrativa junto al contador de la Institución de acuerdo al listado maestro de documentos dados por la oficina de calidad, procedió a analizar y revisar los procedimientos codificados para el área de contabilidad, arrojando como resultado procedimientos obsoletos que requieren ser actualizados conforme a la normatividad aplicable vigente y de conformidad con la caracterización del proceso de gestión financiera, quedando como compromiso para el segundo trimestre la actualización de los procedimientos que se requieren y eliminar aquellos que hoy por hoy no resultan necesarios o adecuados. Se evidencia acta de reunión con el análisis de los procesos y procedimientos. Con esta actividad se está cumpliendo con el plan de acción propuesta para los controles y el riesgo. Con estas actividades se da cumplimiento según fechas a las actividades programadas en el plan de acción.
R. OP-73	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de presupuesto por desactualización del documento	El líder de Presupuesto realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.	Este control no se realiza seguimiento durante el primer trimestre del año teniendo en cuenta que la ejecución de actividades inicia el mes de abril de 2023.

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: 34-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN FINANCIERA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-74	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de costos por desactualización del documento	El líder de Costos realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.	El 29 de marzo de 2023 El profesional de apoyo de la subgerencia administrativa junto al profesional del área de costos de la Institución de acuerdo al listado maestro de documentos dados por la oficina de calidad, se procedió a analizar y revisar los procedimientos codificados para el área de costos, arrojando como resultado procedimientos obsoletos que requieren ser actualizados de conformidad con la caracterización del proceso de gestión financiera, quedando como compromiso para el segundo trimestre la actualización del procedimiento que se requiriese e incluir aquellos que hoy por hoy resultan necesarios o adecuados. Se aportó acta de reunión con el análisis de los procesos y procedimientos. Con esta actividad se está cumpliendo con el plan de acción propuesta para los controles y el riesgo. Con estas actividades se da cumplimiento según fechas a las actividades programadas en el plan de acción.

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



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

CODIGO: 1300-CIN-F-006

PAGINA: 35-49


VERSION: 2

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN FINANCIERA


No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-75	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de facturación por desactualización del documento	El líder de Facturación realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.	Con el propósito de realizar el diagnóstico del procedimiento se adelantó reunión el 16 de febrero de 2023 en la cual participaron profesionales de la subgerencia administrativa que intervienen en el proceso de facturación así como la oficina de calidad, lo anterior con el fin de establecer si los procedimientos que se encuentran codificados requieren actualización o eliminación, así mismo identificar aquellos que aunque no se encuentran codificados por calidad se ejecutan, por tal razón es importante se mejore la caracterización del proceso como base de los procedimientos a mejorar. De acuerdo a la reunión sostenida y compromisos asumidos se actualizaron, crearon y por tal razón se codificó: Caracterización del proceso de facturación, Procedimientos de: asignación de citas, admisiones y facturación hospitalaria, facturación de servicios ambulatorios, cuentas médicas, sistema de afiliación transaccional y por último el procedimiento de recepción, validación, socialización y reporte de inconsistencias de bases de datos. Una vez dado a conocer al equipo financiero que interviene se acordó el cronograma de socialización. Se aportó acta de diagnóstico facturación y cartera, procedimientos actualizados y codificados, actas donde se establecen los cronogramas para la socialización de la caracterización de cartera y facturación y cronograma para la socialización de los procedimientos de cartera y facturación. Con estas actividades se da cumplimiento según fechas a las actividades programadas en el plan de acción.

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: 36-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN FINANCIERA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-76	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de cartera por desactualización del documento	El líder de Cartera realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.	Con el propósito de realizar el diagnóstico del procedimiento se adelantó reunión el 16 de febrero de 2023 en la cual participaron profesionales de la subgerencia administrativa que intervienen en el proceso de cartera así como la oficina de calidad, lo anterior con el fin de establecer si los procedimientos que se encuentran codificados requieren actualización o eliminación, así mismo identificar aquellos que aunque no se encuentran codificados por calidad se ejecutan, por tal razón es importante se mejore la caracterización del proceso como base de los procedimientos a mejorar. De acuerdo a la reunión sostenida y compromisos asumidos se actualizaron, crearon y por tal razón se codificó: Caracterización del proceso de cartera y los procedimientos de: gestión de glosas, cartera, radicación de cartera, devoluciones de facturas, liquidación de contratos y cobro a particulares. Una vez dado a conocer al equipo financiero que intervine se acordó el cronograma de socialización. Con estas actividades se da cumplimiento según fechas a las actividades programadas en el plan de acción.

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: 37-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

16. RIESGOS GESTIÓN DOCUMENTAL


Este proceso tiene identificado siete (07) riesgos, con la siguiente valoración:

R. OP- 77: Alto, **R. OP- 78:** Alto, **R. OP- 79:** Alto, **R. OP- 80:** Alto, **R. OP- 81:** Alto, **R. OP- 82:** Alto, **R. OP- 83:** Alto.

16.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-77	Posibilidad de afectación reputacional, administrativa, imagen por inadecuada aplicación del procedimiento recepción de comunicaciones oficiales por desactualización del documento	Realizar el diagnóstico para la actualización del procedimiento de recepción de comunicaciones oficiales y de los documentos anexos mediante acta de grupo primario en el primer trimestre del año.	Se evidencia acta de grupo primario del 24 de marzo de 2023, en el cual en el punto No.4 se desarrolla el diagnóstico de la actualización del procedimiento de recepción de comunicaciones oficiales, evidenciándose la necesidad de actualizar los procedimientos ya que se describían pasos que no era necesario ejecutar. Con la aplicación de este control se garantiza una mayor efectividad del procedimiento de recepción de comunicaciones oficiales.
		El profesional de gestión documental realizará la actualización del procedimiento de recepción de comunicaciones oficiales y de los documentos anexos en el segundo trimestre del año	Este control no está programado para realizar seguimiento en el primer trimestre de 2023.
R. OP-78	Posibilidad de afectación reputacional, administrativa, imagen por inadecuada aplicación del procedimiento de envío de comunicaciones oficiales por desactualización del documento	Realizar el diagnóstico para la actualización del procedimiento de envío de comunicaciones oficiales y de los documentos anexos mediante acta de grupo primario en primer trimestre del año.	Se evidencia acta de grupo primario del 24 de marzo de 2023, en el cual en el punto No.4 se desarrolla el diagnóstico de la actualización del procedimiento de envío de comunicaciones oficiales, evidenciándose la necesidad de actualizar los procedimientos ya que se describían pasos que no era necesario ejecutar. Con la aplicación de este control se garantiza una mayor efectividad del procedimiento de envío de comunicaciones oficiales.

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 DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
		El profesional de gestión documental realizará la actualización del procedimiento de envío de comunicaciones oficiales y de los documentos anexos en el segundo trimestre del año	Este control no está programado para realizar seguimiento en el primer trimestre de 2023.
R. OP-79	Posibilidad de afectación reputacional, administrativa, imagen por inadecuada aplicación del procedimiento de acceso a documentos por desactualización del documento	Realizar el diagnóstico para la actualización del procedimiento de acceso a documentos y de los documentos anexos mediante acta de grupo primario en primer trimestre del año.	Se evidencia acta de grupo primario del 24 de marzo de 2023, en el cual en el punto No.4 se desarrolla el diagnóstico de la actualización del procedimiento de acceso a documentos, evidenciándose la necesidad de actualizar los procedimientos ya que se describían pasos que no era necesario ejecutar. Con la aplicación de este control se garantiza una mayor efectividad del procedimiento de acceso a documentos.
		El profesional de gestión documental realizará la actualización del procedimiento de acceso a documentos y de los documentos anexos en el segundo trimestre del año	Este control no está programado para realizar seguimiento en el primer trimestre de 2023.
R. OP-80	Posibilidad de afectación administrativa por incumplimiento del Cronograma de transferencia anual por no disponibilidad de tiempo por parte de los archivos de gestión para aplicar el procedimiento de transferencia documental	El grupo de gestión documental recibirá las transferencias documentales programadas en el año de acuerdo al procedimiento establecido	Se evidencia documento denominado "informe de inventario de series y subseries a transferir" en el cual se desarrolla las series a las cuales se les dará prioridad para transferencias en la vigencia en curso. Se evidencia acta de grupo primario en el cual en el punto No. 5 se realiza el análisis de las series y subseries que están priorizadas para transferir. Este control es efectivo ya que le sirve de guía para elaborar el cronograma de transferencias documentales y lograr el cumplimiento del Plan de Transferencias documentales. Con estas actividades se cumplen con el plan de acción del mapa de riesgos.

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

GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-81	Posibilidad de afectación administrativa por inadecuada aplicación del procedimiento de actualización de tablas de retención documental- TRD por desactualización del documento	Realizar el diagnóstico para la actualización del procedimiento de actualización de tablas de retención documental- TRD y de los documentos anexos mediante acta de grupo primario en primer trimestre del año.	Se evidencia acta de grupo primario del 24 de marzo de 2023, en el cual en el punto No.4 se desarrolla el diagnóstico de la actualización del procedimiento de actualización de las Tablas de retención documental, evidenciándose la necesidad de actualizar los procedimientos ya que se describían pasos que no era necesario ejecutar. Con la aplicación de este control se garantiza una mayor efectividad del procedimiento de actualización de tablas de retención documental.
		El profesional de gestión documental realizará la actualización del procedimiento de actualización de tablas de retención documental- TRD y de los documentos anexos en el segundo trimestre del año	Este control no está programado para realizar seguimiento en el primer trimestre de 2023.
R. OP-82	Posibilidad de afectación administrativa por no implementación del procedimiento de eliminación de documentos por la no identificación de los documentos que han cumplido los tiempos de retención y su disposición final sea la eliminación de acuerdo a las Tablas de Retención Documental- TRD y las Tablas de Valoración Documental- TVD	El Grupo de Gestión Documental identificará la serie documental que tenga mayor volumen y cuya disposición final sea eliminación relacionándola en un inventario de Excel en el segundo trimestre del año	El seguimiento a este control no se tiene programado ya que su fecha de inicio está determinada para el mes de marzo a junio de 2023.
R. OP-83	Posibilidad de afectación administrativa por no digitalización de documentos vitales para la entidad por incumplimiento del Cronograma de implementación del procedimiento de digitalización	El Grupo de Gestión Documental hará efectiva la digitalización de documentos de acuerdo al cronograma y procedimiento establecido	Se evidencia cronograma del procedimiento de digitalización de documentos dando prioridad a los archivos históricos. Este tema se trató en grupo primario del 24 de marzo de 2023 Punto No. 6. Este control resulta efectivo toda vez que facilita la consulta de la información a las diferentes oficinas.

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: 40-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


17. RIESGOS GESTIÓN JURÍDICA

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

R. OP- 84: Alto, **R. OP- 85:** Alto, **R. OP- 86:** Alto, **R. OP- 87:** Extremo, **R. OP- 88:** Alto

17.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-84	Posibilidad de afectación administrativa y de imagen, por inadecuada aplicación del procedimiento de publicación en SIA OBSERVA.	El líder del proceso de Gestión Jurídica realizará la revisión del procedimiento de Publicación de SIA OBSERVA y generará su actualización, la cual se debe realizar de manera anual o cada vez que la norma lo exija.	Esta actividad no tendrá seguimiento en el primer trimestre de 2023.
R. OP-85	Posibilidad de afectación administrativa y disciplinaria, por inadecuada aplicación del procedimiento de reconstrucción de expediente	El líder del proceso de Gestión Jurídica realizará la revisión del procedimiento de Publicación de RECONSTRUCCION DE EXPEDIENTE y generará su actualización, la cual se debe realizar de manera anual o cada vez que la norma lo exija.	Esta actividad no tendrá seguimiento en el primer trimestre de 2023.
R. OP-86	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.	Esta actividad no tendrá seguimiento en el primer trimestre de 2023.
R. OP-87	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	El jefe Oficina Asesora Jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean respondidos dentro de los términos legales. Esta verificación la realizará a través de una matriz de Excel que permita observar el tiempo de respuesta.	Se evidencia archivo en Excel en el cual se realiza el seguimiento a las respuestas de los derechos de petición radicados ante la entidad (ventanilla de correspondencia). Para el primer trimestre, los derechos de petición se contestaron en término legal.

	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


GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
	parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU	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.	Esta actividad no tendrá seguimiento en el primer trimestre de 2023, toda vez que se trata de una actividad semestral.
R. OP-88	Posibilidad 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 Oficina Asesora jurídica aplicará herramienta de trabajo, matriz de seguimiento en Excel, registrando la aprobación del 100% de los procesos y contratos celebrados en la plataforma transaccional SECOP II, verificando a su vez de forma mensual que la información de cada contrato aprobado, se encuentre registrada y publicada en la Plataforma SIA OBSERVA, de esto se generara un reporte dirigido al Gerente, en el cual se evidencie las observaciones y las acciones correctivas a las que haya lugar.	Se evidencia archivo en Excel en el cual se realiza el seguimiento a la publicación de los procesos contractuales en las plataformas SIA OBSERVA y SECOP II, para minimizar los errores en la publicación de la documentación que requiere cada una de las plataformas. Nota: La oficina de control interno en el marco de la revisión mensual a la publicación en las plataformas SIA OBSERVA y SECOP II, identificó extemporaneidades, por lo tanto reportará los casos específicos a la oficina de planeación para lo que consideren conveniente evaluar. En cuanto al plan de acción, es necesario mencionar que el informe a gerencia, no se realiza seguimiento en el primer trimestre toda vez que su cumplimiento es cuatrimestral.

Evaluación de la efectividad de los controles: En el marco del seguimiento directo que realizó la oficina de control interno junto con la profesional especializada de la oficina asesora jurídica, se detectó la materialización del riesgo No. 88.

De igual manera en la verificación mensual que realiza la oficina de control interno al SIA OBSERVA y SECOP II, se detectó que en los meses de enero a marzo se presentaron extemporaneidades en la publicación en las plataformas.

Si bien los controles aplicados habían sido efectivos durante parte del 2022; los mismos a pesar de ser ejecutados, no mitigaron el riesgo.

Recomendación de control interno: Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario que la oficina asesora jurídica gestione de manera oportuna en conjunto con la oficina de Planeación, los correctivos o aclaraciones a las observaciones, con el fin de tomar las medidas que mitiguen el riesgo y eviten nuevas materializaciones en la presente vigencia.

	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


18. RIESGOS GESTIÓN CONTROL INTERNO

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R. OP- 89: Alto

18.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CONTROL INTERNO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2023)
R. OP-89	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 primario correspondiente al primer trimestre de 2023 (enero, febrero y marzo), en las cuales se asignan tareas entre el grupo auditor, se determinan fechas y compromisos, con el fin de garantizar el cumplimiento del 100% de las actividades programadas en el Plan Anual de Auditorías.</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 las acciones mencionadas se monitorea de manera permanente el cumplimiento del Plan Anual de Auditorías evitando la materialización del riesgo.</p> <p>En cuanto al cumplimiento del plan de acción, se evidencia documento de Excel denominado "plan anual de auditorías" aprobado mediante Comité Coordinador de Control Interno de 20 de enero de 2023, posteriormente, este plan anual de auditorías modificado el 24 de febrero de 2023. Con esto, se da cumplimiento total del plan de acción.</p>

	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

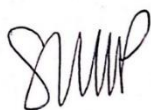
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Es necesario fortalecer la cultura del reporte de cambio o materialización de los riesgos, con el fin de tomar correctivos oportunos e iniciar acciones frente a las desviaciones producto de la aplicación de los controles. Para esto se requiere que los líderes y grupos de trabajo conozcan el proceder frente a la materialización de los riesgos. Por lo tanto, se recomienda que la oficina de planeación en los monitoreos o en la estructuración de los mapas de riesgos, capaciten sobre la ocurrencia de estos hechos y brinde la asesoría necesaria.
- Siendo este el primer seguimiento y teniendo en cuenta que algunos controles no fueron aplicados en el primer trimestre de 2023, se requiere para el seguimiento del segundo trimestre, un trabajo directo con los líderes y los grupos de trabajo con el fin de evaluar de manera más directa la efectividad de los controles, desde la perspectiva de los contratistas o funcionarios que ejecutan estos. Las mesas de trabajo serán necesarias, para ello, se estará apartando el espacio designado en el calendario con suficiente antelación.
- Del resultado del seguimiento se detectó lo siguiente:
 - a) En el riesgo No. 26 de la oficina de Planeación, para los meses de febrero y marzo, no se aplicaron los controles establecidos, sin que se haya materializado el riesgo. Sin embargo, esto genera una revisión de los controles, efectividad y diseño de estos.
 - b) Materialización del riesgo No. 88 de la oficina asesora jurídica.

Por lo anterior, se estará notificando las situaciones a la oficina de Planeación y asesora jurídica con el fin de tomar las decisiones y los correctivos necesarios.

- En términos generales, el seguimiento de los controles para el primer trimestre del 2023 resultó positivo y se espera que las áreas continúen con la ejecución de los controles y realicen las notificaciones o modificaciones en el evento que sean necesarias.

Equipo auditor:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

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.