	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

1100-380-10
CI- 240

Bucaramanga, 31 de octubre de 2023

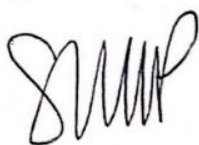
Doctor
GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO
Gerente

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

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


Agradezco su atención.



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

Firma _____
Radicado: **00004306**
Enviado: 31/10/2023 - 10:11 a.m.
ventanillaunica
ESE ISABU



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

**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES DE LA E.S.E. ISABU
III 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 tercer trimestre de la vigencia 2023, teniendo en cuenta el mapa de riesgos de gestión institucional V.2 consolidado y la política de administración del riesgo de la E.S.E ISABU.

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 tercer 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 Control Interno presenta el informe del tercer 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 los soportes que evidencian 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.

Para el tercer trimestre de 2023, la oficina asesora de planeación reportó una modificación en el mapa de riesgos operacionales, con ajustes que fueron aprobados en el comité CIGD celebrado el 26 de mayo 2023.

Es así como se realizó seguimiento a un total de diecisiete (17) Procesos y sesenta y seis (66) riesgos estructurados en la entidad, de la siguiente manera:

² Manual operativo MIPG. 2021


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

	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. REPUTACIONAL-29, R. REPUTACIONAL-30	8 riesgos
2. Riesgos de Gestión Calidad	R. SA- 31, R. OP- 32, R. OP- 33, R. OP- 34, R. OP- 35, R. OP- 36, R. OP- 37	7 riesgos
3. Riesgos de Gestión Atención Ambulatorios	R. OP- 38, R. OP- 39, R. OP- 40, R. OP- 41	4 riesgos
4. Riesgos de Gestión Talento Humano	R. OP- 42	1 riesgo
5. Riesgos de Gestión Atención al Usuario	R. OP- 43	1 riesgo
6. Riesgos de Gestión Atención de Urgencias	R. OP- 44	1 riesgo
7. Riesgos Gestión de Internación	R. OP- 45	1 riesgo
8. Riesgos Gestión Cirugía y Atención de partos	R. OP- 46	1 riesgo
9. Riesgos Gestión Apoyo Terapéutico	R. OP- 47, R. OP- 48	2 riesgos
10. Riesgo Gestión Apoyo Diagnostico – Laboratorio Clínico - Radiología	R. OP- 49- R. OP- 50- R. OP- 51	3 riesgos
11. Riesgo Gestión de la Salud Pública	R. OP- 52, R. OP- 53, R. OP- 54, R. OP- 55, R. OP- 56, R. OP- 57	6 riesgos
12. Riesgo Gestión de Recursos Físicos	R. OP- 58, R. OP- 59, R. OP- 60, R. OP- 61, R. OP- 62, R. OP- 63, R. OP- 64	7 riesgos
13. Riesgos Gestión de las TICS	R. OP- 65, R. OP- 66, R. OP- 67, R. OP- 68, R. OP- 69	5 riesgos
14. Riesgos Gestión Financiera	R. OP- 70, R. OP- 71, R. OP- 72, R. OP- 73, R. OP- 74, R. OP- 75	6 riesgos
15. Riesgo Gestión Documental	R. OP- 76, R. OP- 77, R. OP- 78, R. OP- 79, R. OP- 80, R. OP- 81, R. OP- 82	7 riesgos
16. Riesgos Gestión Jurídica	R. OP- 83, R. OP- 84, R. OP- 85, R. OP- 86, R. OP- 87	5 riesgos
17. Riesgos Control Interno	R. OP- 88	1 riesgos
TOTAL		66 riesgos

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional Vigencia 2023 VERSIÓN 2 - 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- TERCER TRIMESTRE**

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 ocho (08) 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. REPUTACIONAL-29:** Extremo, **R. REPUTACIONAL-30:** 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 (III 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.	La profesional especializada de la oficina asesora de planeación realiza la solicitud de medición y análisis a los indicadores a los líderes de indicadores, correspondiente al segundo trimestre de 2023. Con la información reportada por los líderes, la profesional especializada realiza una consolidación y proyección de evaluación de gestión. Se evidencia correo electrónico de 26/07/2023 dirigido a los líderes responsables de los indicadores. Se evidencia archivo en Excel en el cual la profesional especializada de planeación reporta la proyección de la evaluación de indicadores, instrumento que sirve para la toma de decisiones.



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

		<p>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.</p>	<p>El jefe de la oficina de planeación presenta ante el Comité CIGD con corte a segundo trimestre, el seguimiento de los indicadores de gestión con su respectiva medición y análisis para la toma de decisiones.</p> <p>Se evidencia invitación a CIGD en el cual en el punto No. 9 del orden del día se incluye el seguimiento a indicadores de gestión con corte al segundo trimestre de 2023.</p> <p>Se evidencia acta del CIGD No. 11 del 08/08/2023 en el cual se presenta los resultados del seguimiento de cada indicador.</p> <p>Los resultados reportados fueron los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior: Se realizará la medición en los meses de enero y febrero de 2024. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud: Para el II trimestre de 2023 se plantearon 81 acciones de mejora derivadas del ciclo PHVA, de las 81 acciones planteadas se cumplieron con 81, para un 100% de cumplimiento para el trimestre y un 33% de cumplimiento para el año, siendo un resultado óptimo. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional: En el segundo trimestre de la vigencia 2023 se evidencia un resultado del 96.4%. En donde de 28 metas programadas, 27 cumplieron los objetivos y 1 meta que no logró sus resultados fue: GENERACIÓN DE UN PROCESO DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO IMPLEMENTANDO UN SISTEMA DE COSTOS HOSPITALARIO Y LA DEFINICIÓN DE PUNTOS DE CONTROL QUE PERMITAN SU MONITORIZACIÓN. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida: El indicador presenta resultados Favorables Menor a 1,15 (0,9095), para el cumplimiento en su medición la producción fue en mayor proporción a la generación del gasto en el año comparativo. La producción acumulada enero-junio en 2022 fue estimada en 1.570.702 UVR contra el año actual en 1.646.279 UVR. 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
--	--	---	---

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


			<p>través de mecanismos electrónicos: En acumulado para el segundo trimestre el resultado es de 0,9994% Satisfactorio. Sin embargo, se menciona que para el segundo trimestre se realizó un valor de compras a los dos millones de pesos por otros mecanismos diferentes a los mencionados en el indicador.</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: resultado. Cero (0). El resultado indica que durante el segundo trimestre de 2023 la ESE ISABU presentó oportunidad en el pago de salarios y honorarios de prestaciones de servicios en tanto que las deudas no superan los 30 días DE CAUSADAS. Así mismo refleja, la importancia de mantener al día al Talento Humano que labora en la institución.</p> <p>8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS: Se realizó informe del segundo trimestre de 2023 de RIPS, Informe con alcance integral de la entidad donde abarcó el perfil epidemiológico, financiero y frecuencias de uso de los servicios; presentado ante la Junta Directiva, reunión extraordinaria el 27 de julio de 2023 (Acta No 9).</p> <p>9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo: Esta información se toma del presupuesto de la ESE recaudos en la vigencia (Enero a Junio 2023), frente a los Gastos Comprometidos (Los gastos se toman sobre el total comprometido a junio 2023), por lo que se hace necesario tener presente que los gastos comprometidos incluyen costos y gastos de meses posteriores (julio, agosto, septiembre, entre otros); Ingresos recaudado \$32.975.275.191, frente a Gastos-costos comprometidos \$40.001.080.817, para un resultado de 0.82, esto es que por cada peso que comprometa se cuenta con 0,82 centavos para atender el pago.</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: En el segundo trimestre se realizó reporte de 8 archivos a través de la Plataforma de la Supersalud, dentro de las fechas establecidas en la circular única.</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</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

			<p>Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya: 1 Satisfactorio. Informe presentado y sustentado, correspondiente al segundo trimestre de 2023 del Decreto 2193 de 2004. II TRIMESTRE: Calidad y Producción: Sustentado el 31 de julio de 2023. Financiero: Sustentado 11 de agosto de 2023.</p> <p>21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación: 85% Satisfactorio.</p> <p>22. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE: 0 Caso, Satisfactorio.</p> <p>23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva: 100%, Satisfactorio.</p> <p>24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo: 100%, Satisfactorio.</p> <p>25. Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas: 0,001, Satisfactorio.</p> <p>26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general: 2,42 días, Satisfactorio.</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

R. OP-24	<p>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 implementación de las políticas de MIPG por parte de los líderes de políticas y la oficina asesora de planeación.</p>	<p>El profesional especializado 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 periodo establecido, las cuales quedará registrado en el Excel de seguimiento del Plan de acción de MIPG.</p>	<p>Se evidencia Excel de seguimiento de las acciones programadas en el plan de acción MIPG 2022-2023 con corte al 30/06/2023. Se evidencia archivo en Excel. El Plan de Acción MIPG vigencia 2022 - 2023: En el Segundo trimestre de 2023 se ejecutaron 36 metas con un cumplimiento del 97%. Cumplimiento Global del plan fue del 99% correspondiente a 196 metas ejecutadas de 198 metas del Plan.</p> <p>Actividades NO cumplidas:</p> <p>POLÍTICA TALENTO HUMANO:</p> <p>Realizar actualización al manual de funciones de la entidad para dar cumplimiento a la Ley 1955 de 2019 y el Decreto 2365 de 2019 para facilitar el ingreso de los jóvenes a la administración pública.</p> <p>SEGUIMIENTO:</p> <p>No se ejecutó la actividad porque la entidad tiene proyectado realizar un estudio técnico de formalización laboral y actualización de actos administrativos. Actividad que se incluirá en el plan de acción de MIPG 2023-2024</p> <p>POLÍTICA TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN:</p> <p>Realizar socialización de la Estrategia de Transparencia y Acceso a la Información Pública a los servidores públicos y contratistas desde el compromiso personal para el fortalecimiento institucional.</p> <p>SEGUIMIENTO:</p> <p>Actividad que se incluirá en el plan de acción de MIPG 2023-2024.</p> <p>Las actividades no ejecutadas en este plan se incluirán el próximo plan para que sean ejecutadas.</p>
----------	---	--	---

	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


		<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>La profesional especializada de Planeación presentó en el Comité CIGD celebrado el 08/08/2023, el seguimiento del plan de acción MIPG 2022-2023 con corte a 30/06/2023 en el cual se presenta el cierre del plan de acción de MIPG 2022-2023, con un cumplimiento de 98.99% correspondiente a 196 metas ejecutadas de las 198 metas programadas.</p> <p>Las actividades no ejecutadas se incluirán en el próximo plan de acción de MIPG. Se dio cumplimiento en la meta del este proyecto que está incluida en el plan de desarrollo. SOPORTE: Acta de CIGD de 08/08/2023. Acta No. 11.</p> <p>Este control resulta efectivo permitiendo la toma de decisiones oportunas frente a las actividades pendientes de cumplimiento.</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>	Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.
		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.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.
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 enviará de forma mensual correo electrónico de recordatorio a los líderes responsables de la información de publicación y actualización de página Web de acuerdo con los tiempos establecidos en la matriz de registro de publicaciones. (Inicio de control mes de junio)	Se evidencia correos electrónicos enviados en el periodo evaluado, en el cual la profesional de Comunicaciones solicita el envío de información relevante con el fin de alimentar la página web institucional. Este correo es enviado a los líderes de proceso de la ESE 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: 11-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		<p>La líder de comunicaciones realizará las publicaciones en página web solicitadas por los líderes de los procesos, la cual se evidenciará mediante la matriz de registro de publicaciones y será presentada mensualmente al jefe de la oficina asesora de planeación para tomar las acciones pertinentes. (Inicio de control mes de junio)</p>	<p>Se evidencia matriz de registro de publicaciones actualizado, siendo presentada al jefe de planeación en los meses de julio y agosto.</p> <p>COMENTARIO OCI: Para la fecha de la evaluación de controles, la profesional de comunicaciones no presentó el formato de registro de publicaciones correspondiente a septiembre debidamente firmado por el jefe de la oficina de planeación. Lo anterior podría afectar la efectividad del control en el periodo evaluado, ya que la falta de ejecución de un control podría determinar el mal diseño de este que conllevaría a la materialización de un riesgo.</p>
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 jefe de la oficina de planeación presenta oficio de 17/10/2023 con radicado No. 4147 en el manifiesta que, para el tercer trimestre de 2023, no se presentaron necesidades para la estructuración de proyectos de inversión.</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>El jefe de la oficina de planeación presenta oficio de 17/10/2023 con radicado No. 4147 en el manifiesta que, para el tercer trimestre de 2023, no se presentaron necesidades para la estructuración de proyectos de inversión. Por lo anterior, no se presentó necesidad de realizar verificación al cumplimiento de los requisitos de la estructuración del documento de necesidad.</p>
R. OP-28	Posibilidad de afectación administrativa en el cumplimiento del plan de desarrollo por no realización y publicación de los boletines informativos.	<p>El líder de comunicaciones recopilará información de interés o información relevante de la institución con los líderes de procesos, de este se generará boletín mensual el cual será aprobado por el gerente y/o jefe de la oficina asesora de planeación. (Inicio de Implementación mes de junio)</p>	<p>Se evidencia boletines del periodo evaluado, en el cual se muestra las actividades institucionales más relevantes, dejándose evidencia fotográfica y enunciando el desarrollo de las actividades.</p> <p>Este control es efectivo ya que permite ser un canal de comunicación de las actividades tanto para la ciudadanía como para la ESE ISABU.</p>
		<p>El líder de comunicaciones realizará la publicación del boletín aprobado en página web institucional. (Inicio de Implementación mes de junio)</p>	<p>Se evidencia la publicación de los boletines correspondientes al periodo evaluado. Teniendo en cuenta lo anterior, la oficina de control interno al momento de la evaluación de controles realiza verificación de la situación evidenciando la efectiva publicación.</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: 12-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


R. REPUTACIONAL-29	Posibilidad de afectación de imagen y reputacional por no crear una estrategia de cubrimiento de eventos del profesional de comunicaciones y no realizar un debido cubrimiento de eventos	la profesional de comunicaciones liderará y organizará el cubrimiento del evento con los líderes responsables, teniendo como herramienta de trabajo cumplimiento a la estrategia cubrimiento de eventos (cronograma de trabajo) (Inicio de Implementación mes de junio)	Se evidencia cronograma correspondiente al periodo evaluado, en el cual se informa las actividades destacadas realizadas en la ESE ISABU. Este cronograma se encuentra publicado en la página web institucional. De igual manera se adjunta el código QR en el cual se pueden consultar las actividades desarrolladas en el Plan de intervenciones colectivas PIC ejecutado por la ESE ISABU. Este control es efectivo toda vez que se evidencia la planificación de las actividades institucionales y las actividades del Plan de intervenciones colectivas PIC.
R. REPUTACIONAL-30	Posibilidad de afectación de imagen por desconocimiento del profesional de comunicaciones en información de interés a publicar en las redes sociales y no seguir los lineamientos a piezas gráficas y audiovisuales de la entidad.	El líder de comunicaciones recopilará información de interés o información relevante de la institución con los líderes de procesos, de este se generará las piezas gráficas y/o audiovisuales de manera mensual el cual será aprobado por el líder que solicitante. (Inicio de implementación mes de junio) El líder de comunicaciones realizará la publicación de las piezas gráficas y/o audiovisuales aprobados, en página web institucional y/o redes sociales. (Inicio de implementación mes de junio)	Se evidencia informe de publicaciones consolidado del periodo evaluado en el cual se evidencia la totalidad de las publicaciones en las redes sociales de la ESE ISABU. Se reportan la totalidad de las piezas publicitarias desarrolladas por la profesional de comunicaciones. Este control es efectivo ya que es el instrumento para dar a conocer la información relevante de la ESE ISABU. En el informe se realiza un recuento de las piezas publicitarias diseñadas y efectivamente publicadas en las redes sociales de la ESE ISABU.

Evaluación de la efectividad de los controles: Se reitera la observación realizada por esta oficina de control interno en la evaluación correspondiente al primer y segundo trimestre de 2023, en la cual se identificó el incumplimiento en la ejecución de controles correspondientes precisamente al riesgo No. 26.

Si bien el riesgo no se materializó, esto es indicativo de la falta de efectividad o diseño correcto de los controles, haciéndose necesario una revisión por parte del líder a la estructuración del riesgo y sus controles.

No olvidemos que, 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

	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

manera oportuna su posible materialización, por lo tanto, el control puede llegar a resultar poco efectivo.

Preocupa a esta oficina de control interno que el área de Planeación quien es la responsable de consolidar todos los componentes de los mapas de riesgos y por lo tanto liderar su estructuración, presente incumplimientos en la ejecución de controles y falta de seguimiento y autocontrol en las actividades propias de la administración del riesgo.

Recomendación de control interno: Esta oficina de control interno recomienda a la líder de comunicaciones y el líder del proceso de planeación realizar mesa de trabajo con el fin de apropiarse mejor de los riesgos del área y sus controles, analizar las consecuencias de la no ejecución de controles, la efectividad de estos e incluso, la pertinencia del riesgo y los controles establecidos. Esta actividad debería tener prioridad ya que nos encontramos ante un incumplimiento reiterado, identificado en los seguimientos realizados hasta la fecha por la oficina de control interno.

2. RIESGOS GESTIÓN DE CALIDAD


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

R. SA- 31: Extremo, **R. OP- 32:** Extremo, **R. OP- 33:** Extremo, **R. OP- 34:** Extremo, **R. OP- 35:** Extremo, **R. OP- 36:** Alto, **R. OP- 37:** 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 (III TRIMESTRE 2023)
R. SALUD- 31	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 notificaran 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	Se evidencia listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente, correspondientes a los meses de julio a septiembre de 2023, obedeciendo al cronograma establecido previamente. En el mes de julio se evidencia lista de chequeo de cirugía, Campo Hermoso y Concordia. Para el mes de agosto, se evidencia lista de chequeo de las rondas realizadas a Urgencias, Hospitalización, sala de partos y RX. Para el mes de septiembre se evidencia las listas de chequeo para las rondas realizadas a: Urgencias, Hospitalización, cirugía, sala de partos, consulta externa, colorados, Café Madrid, Kennedy, Villa Rosa, IPC,


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

			<p>regaderos, San Rafael, Girardot y Santander.</p> <p>Se cumple con el cronograma establecido y con las listas de chequeo programadas.</p> <p>El control resulta efectivo, ya que funciona como herramienta efectiva para detección oportuna de riesgos que pueden llegar a causar un incidente evitando incidentes.</p>
		<p>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</p>	<p>Se evidencia acta de Comité Integrador del 18 de julio de 2023, correspondiente al segundo trimestre (abril, mayo y junio de 2023), en el cual se expone los eventos adversos presentados, lo de mayor importancia, haciéndose un análisis pormenorizado de las razones por las cuales se pudo haber presentado el evento adverso. De igual manera se realiza un análisis comparativo con el primer trimestre. Se presentan las acciones de mejora, los resultados y las recomendaciones frente a eventos y recomendaciones.</p> <p>El control resulta efectivo ya que ha mejorado el reporte de los eventos adversos, identificando las causas y generando barreras para que el evento no se presente o se reduzca su incidencia.</p>
R. OP-32	<p>Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, por sanción del ente regulador debido a incumplimiento en el indicador 2: (efectividad en la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC)</p>	<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>Se evidencia actas de seguimiento al cumplimiento de las oportunidades de mejora del PAMEC, con corte a 30/09/2023 y las matrices de seguimiento semaforizadas a corte de 30/09/2023, evidenciándose que las acciones se cumplen según lo programado al cronograma. Se evidencian seis (6) actas en las que se evaluó el avance de: cliente asistencial, gerencia de la información, gestión de la tecnología, recursos físicos, direccionamiento y Gerencia y Talento humano.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que le proporciona a la oficina de Calidad, las aletas oportunas para intervenciones tempranas en momentos de posibles incumplimientos.</p>


	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

		<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>Se evidencia acta de grupo transversal del mejoramiento de 03/08/2023, con corte a julio de 2023, en el cual se toman decisiones por parte de la gerencia y el equipo directivo con el fin de lograr el cumplimiento en las fechas establecidas de las actividades del PAMEC.</p>
R. OP-33	<p>Posibilidad de pérdida de imagen, perdida de contratos por parte de las eps, sanciones administrativas, multa y sanción del ente de regulador, debido a el incumplimiento en los estándares de habilitación de acuerdo a la 3100 del 2019, por falta de autoevaluación y retroalimentación de los hallazgos encontrados por parte de la oficina de calidad.</p>	<p>EL profesional asignado a habilitación realizará autoevaluación 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:</p> <p>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>Se evidencia informes de autoevaluación, listas de chequeo y listado de asistencias donde se evidencian los hallazgos identificados durante el periodo evaluado, lo anterior según cronograma de actividades previamente establecido. Se pudo identificar once (11) informes correspondientes a centros de salud y unidades hospitalarias a las que se le aplicó la lista de verificación de autoevaluación. Con la realización de estas autoevaluaciones se da por cumplido al 100% el cronograma establecido para la vigencia 2023. Este control ha sido efectivo ya que sirve para identificar las mejoras en diversos temas y dar cumplimiento a los estándares mínimos de habilitación.</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>Se evidencia informe de seguimiento de acciones de mejoramiento generadas de las autoevaluaciones realizadas, en las cuales se pudo identificar el cumplimiento del 100% de las acciones planteadas del cronograma por parte de Almacén general, respecto a las actividades de mejora de infraestructura.</p> <p>Este control resulta efectivo toda vez que sirve de instrumento para identificar atrasos o avances que sirvan de soporte para la toma de decisiones oportunas.</p>

	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


R. OP-34	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 PGRHS	Se evidencian auditorias del periodo evaluado, a los centros de salud y unidades hospitalarias en las cuales se lleva la lista de chequeo actualizada y archivos en Excel donde se muestra el porcentaje cumplimiento de la aplicación de la lista de chequeo. Se aplicaron cuarenta y cuatro (44) listas de chequeo, sin embargo, según cronograma se tenían programadas 12 auditorias. Las auditorias adicionales se realizan con el fin de obtener mayor cobertura de los centros de salud y unidades hospitalarias. El control le permite verificar el cumplimiento de numerosos aspectos importantes en el área ambiental. El seguimiento sirve de instrumento para identificar falencias en infraestructura y en la correcta segregación de los residuos y en general diversas actividades que impactan en el área ambiental.
R. OP-35	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	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. PRODUCTO ENTREGABLE: PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO	Este control se ejecutó en el primer trimestre de 2023.
		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 PRODUCTO ENTREGABLE: LISTA DE CHEQUEO APLICADA SOCIALIZACION DE APROBACION O AJUSTES A REALIZAR PARA PODER REALIZAR NOVEDAD: PANTALLAZO DE CORREO ELECTRONICO	Para el periodo evaluado no se requirió apertura del servicio, por lo tanto, no se aplicó lista de chequeo ni se realiza novedad.

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

R. OP- 36	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	Se evidencia informe de seguimiento de planes de mejoramiento en la cual se señala el cumplimiento al 100% de las acciones plasmadas en los planes de mejoramiento. De los tres (3) planes de mejoramiento que se tenían vigentes, se cumplieron con todos ellos para el periodo evaluado. El control es efectivo ya que brinda una herramienta de seguimiento y recolección de evidencias para ser enviadas a los entes externos que realizan las auditorias, con el fin de cumplir con las acciones 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	Se evidencia informe de seguimiento de planes de mejoramiento en la cual se señala el cumplimiento al 100% de las acciones plasmadas en los planes de mejoramiento. De los tres (3) planes de mejoramiento que se tenían vigentes, se cumplieron con todos ellos para el periodo evaluado.
R. OP-37	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 técnico 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	Se evidencian toma de captura de pantalla de los correos enviados durante el periodo evaluado por la técnico de apoyo a indicadores, en los cuales se identifican los tableros de indicadores de la resolución 1552. Se evidencian dos (29) tableros ya que se discrimina la información de OIM y el otro corresponde a la información de otras EPS. Este control resulta efectivo toda vez que es instrumento para identificar la oportunidad alterada en las unidades operativas y de esa manera, las directoras técnicas toman decisiones oportunas.
		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	Se evidencia acta de grupo primario de la oficina de calidad del 17/10/2023 en la cual se analizan los indicadores de las especialidades sin que se presenten desviaciones en ninguno de los indicadores de oportunidad. Este control resulta efectivo ya que mantiene equilibrada la oportunidad, mediante la toma de decisiones en pro del usuario de la ESE 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: 18-49
	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- 38: Extremo, **R. OP- 39:** Extremo, **R. OP- 40:** Alto, **R. OP- 41:** 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 (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-38	Posibilidad de afectación económica, reputacional, imagen y administrativa por falta de profesionales, por inestabilidad laboral, por no remplazo de insistentes de pacientes por desequilibrio en la oferta y demanda, generando inoportunidad en la atención de los servicios 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.	Se evidencia acta No. 10 de CIGD en la cual se presenta el análisis de la oportunidad de la consulta de medicina general que se encuentra en 2,42 días, cumpliendo con el estándar meta que es de 3 día y en odontología de primera vez estamos en 1,81 días.
		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.	Se evidencia seguimiento en Excel, el cual se realiza diariamente, con el fin de vigilar la oportunidad y en el caso que supere los tres (3) días, se toman las medidas de corrección necesarias, como por ejemplo optar por el médico y odontólogo satélite. El control ha sido efectivo ya que permite tener el conocimiento real de la oportunidad en los centros de salud y tomar los correctivos oportunamente.
R. OP-39	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 oficio con chats en los cuales se relaciona de manera permanente comunicación entre cajeros, call center y las directoras técnicas para garantizar una agenda efectiva y diaria en todos los centros de salud. Esto permite reacción oportuna para resolver casos de demanda insatisfecha.

	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

		<p>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.</p>	<p>Se evidencia base de datos de los pacientes atendidos por demanda insatisfecha y en horario extendido. Esta base de datos es el insumo necesario para la realización del informe de demanda insatisfecha en el cual se puede resaltar que de julio a septiembre. La oportunidad ha mejorado de manera considerable, logrando la atención del paciente el mismo día. Este control ha sido efectivo para la toma de decisiones oportunas frente a la demanda insatisfecha.</p>
R. OP-40	<p>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</p>	<p>La líder del servicio de consulta externa verificara y consolidara en cuadro de turnos la disponibilidad de los horarios de intención reportados por los 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.</p>	<p>Se evidencia cuadro de Excel con la disponibilidad de especialistas, la fecha y hora en la cual los especialistas están prestando el servicio. Este control resulta efectivo para verificar la puntualidad y la prestación del servicio. La medición del indicador resultó satisfactoria toda vez que todas las fueron reprogramadas oportunamente.</p>
		<p>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.</p>	<p>Se evidencia archivo en Word en el cual se relacionan todas las consultas de especialistas que fueron reprogramadas por alguna razón. Este control resulta efectivo ya que los usuarios pueden mantener su cita, teniendo en cuenta las condiciones especiales que los hicieron reprogramar.</p>
R. OP-41	<p>Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a no cumplimiento de las metas de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud (RMPS)</p>	<p>Directoras técnicas y Coordinadora de Promoción y Prevención Organizaran jornadas de PyP, según el ciclo de vida.</p>	<p>Se evidencia formato de programación cronograma de jornadas de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida. Estas actividades, que en total fueron 24, fueron organizadas por la Coordinadora de Py P y las directoras técnicas, quienes se encargaron de cumplir con las actividades al 100% según cronograma del periodo evaluado. Anexa informa donde analiza el cumplimiento de las actividades con sus respectivas fechas de cumplimiento.</p>

	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

		<p>Directoras técnicas, Coordinadora de Promoción y Prevención y jefes de enfermería, deben hacer seguimiento semanal a el cumplimiento de las actividades programadas a desarrollar de acuerdo a los diferentes ciclos de vida.</p>	<p>Se evidencia matriz de seguimiento donde se va reportando las actividades ejecutadas para dar cumplimiento al mes, organizada por cursos de vida, esto le sirve de insumo a la Coordinadora de P y P para elaborar un informe y realizar seguimiento para evitar descuentos en la capitación. Este seguimiento arrojó un porcentaje de cumplimiento del 98% en el periodo evaluado, en actividades de enfermería, medicina y odontología. Este control resulta efectivo ya que permite llevar un seguimiento de las actividades contratadas por cada EPS, evitando descuento a la cápita.</p>
--	--	--	--


4. RIESGOS GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

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

R. OP- 42: 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 (III TRIMESTRE 2023)
R.OP.42	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).	Este control se ejecutó en 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: 21-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		<p>El profesional SST realizará la medición de los indicadores del SG-SST que permita verificar la gestión del plan de trabajo del SG-SST.</p>	<p>Se evidencia documento en Excel denominado "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.</p> <p>Se evidencia cumplimiento de la medición de los indicadores a través de las "fichas técnicas de indicadores". De los 7 indicadores que debían medirse para el tercer trimestre de 2023, se evidencio un aumento en el indicador de accidentalidad, sin que el mismo se materializara, pero con el debido reporte.</p> <p>Este control resulta efectivo toda vez que permite establecer las bases para implementar las medidas de prevención para mitigar la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades de trabajo.</p>
--	--	--	--

5. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO


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

R. OP- 43: 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 (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-43	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.	<p>Se evidencia seguimiento diario discriminado por meses correspondientes al tercer trimestre de 2023 (julio, agosto y septiembre) 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.</p> <p>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.</p> <p>La aplicación del control logra identificar faltas de respuesta, tomando medidas eficaces que eviten la materialización del riesgo, por esta razón el control resulta efectivo.</p>

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

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

		<p>El profesional de atención al usuario aplicará los términos de respuesta de acuerdo a la normatividad vigente</p>	<p>Este control se realiza gracias a las alertas que genera PANACEA del archivo en Excel que este aplicativo produce; en donde se relacionan las PQRS y los tiempos para dar respuesta. 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.</p> <p>Es necesario precisar que los términos para dar respuesta a las PQRS presentaron variaciones importantes gracias a la circular que expidiera la Supersalud y que entró en vigencia en julio de 2023, en el cual se redujeron considerablemente los términos de respuesta. Para esto y con el fin de evitar la materialización del riesgo, atención al usuario estructuró un plan de contingencia en el cual se modificó la frecuencia de apertura de buzones en HLN y centros de salud, con el fin de dar respuesta oportuna y en los términos nuevos.</p> <p>A pesar de los cambios y la reducción de los términos, las modificaciones aplicadas dieron resultado, ya que no se presentó ni falta de respuesta ni extemporaneidad en la respuesta de las PQRS correspondientes al periodo evaluado.</p>
--	--	--	--

6. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS


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

R. OP- 44: 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 (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-44	Posibilidad de afectación de imagen reputacional, incumplimiento normativo y/o sanciones y pérdida económica por inadecuada	La líder de enfermería realizará la actualización del procedimiento de CADENA DE CUSTODIA LEGAL, este será actualizado en el mes de abril.	Este control se ejecutó en el segundo 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: 23-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

<p>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>	<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>	<p>Se evidencia acta de socialización del 18/10/2023 en el cual se da a conocer los parámetros para el diligenciamiento del formato de cadena de custodia legal al personal nuevo del área de urgencias.</p> <p>Esto le sirve de insumo para la elaboración de informe en el que se recopila las debilidades identificadas y se tomaron las medidas correctivas de manera oportuna.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que se evidencian debilidades en la aplicación del procedimiento de cadena custodia legal, evitando riesgos en el almacenamiento adecuado de las evidencias físicas.</p>
---	---	--

7. RIESGOS GESTIÓN DE INTERNACIÓN


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

R. OP- 45: 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 (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-45	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 las salidas 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.	<p>Se evidencia informe en documento Word en el cual el jefe de internación consigna el resultado de las 3 auditorías internas al suministro de medicamentos en la plataforma PANACEA, identificando debilidades en los meses de julio y septiembre, en agosto el resultado de la auditoria fue positivo.</p> <p>Este control resultó positivo toda vez permitió identificar debilidades y aplicar acciones correctivas de manera oportuna, logrando con esto disminuir los tiempos de salida de los pacientes ante la claridad de la información reportada en PANACEA. Este control tiene la función principal de prevenir pérdidas económicas por la falta de cobro de medicamentos en el proceso de facturación.</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: 24-49
	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- 46: 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 (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-46	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 documento en Excel en el cual se consigna el seguimiento telefónico realizado a pacientes con orden de procedimiento de cirugía o valoración por anestesia. En el archivo mencionado se consigna el resultado del seguimiento semanalmente realizado, recordando las indicaciones del procedimiento, la fecha y hora de presentación. Este control resulta efectivo ya que permite mejora en la oportunidad y accesibilidad de los pacientes a los procedimientos requeridos y tener un control de la programación realizada mediante la asistencia.
		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.	En el mismo documento en Excel, la jefe líder de cirugía consigna las razones por las cuales el paciente no accedió a realizarse los procedimientos o si fue contactado o no. Este es el insumo para la realización de un informe que resume el comportamiento del agendamiento de procedimientos, que, en el periodo evaluado, se puede evidenciar un aumento del 18% respecto al trimestre anterior. Es por esta razón que el seguimiento a manera de control resulta bastante efectivo.

9. RIESGOS GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO


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

R. OP- 47: Extremo, **R. OP- 48:** Alto

	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

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 (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-47	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.	Se evidencia cuadro en Excel denominado "proyección de necesidades" correspondiente a los meses evaluados (julio, agosto y septiembre), en el cual líder del servicio farmacéutico analiza los productos y las cantidades a solicitar al proveedor con el fin de garantizar la disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos. Es esta la razón por la cual el control resulta efectivo, garantizar medicamentos y dispositivos médicos para la correcta prestación del servicio, durante el periodo evaluado.
		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	Se evidencia soportes de envío de los proveedores sobre faltantes correspondientes al periodo evaluado. Este es el insumo para el envío del correo electrónico por parte de la líder de farmacia para informar los faltantes y generar las alertas ante posibles desabastecimientos y búsqueda de segundas opciones. Para el periodo evaluado, la líder de farmacia informó a la Subgerencia científica mediante correo electrónico los productos faltantes con prioridad para solucionar abastecimiento, levantando la alerta de manera oportuna, situación que permitió la adecuada subsanación evitando la materialización del riesgo. Se evidencia informe en el cual la líder de farmacia recopila la información de faltantes y las decisiones adoptadas frente al tema.


	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

R. OP-48	<p>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).</p>	<p>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 evidenciara mediante informe mensual.</p>	<p>La líder del proceso de apoyo terapéutico realiza una revisión y verificación de las actividades realizadas por los profesionales del sistema PANACEA vs el DRIVE con el fin que las actividades coincidan, generando una mejora en la calidad del dato y a la vez garantizar la información confiable para el momento de la facturación, por esta razón el control resulta efectivo.</p> <p>En este informe se dejan plasmadas las diferencias y se ajustan en el sistema o en el Drive, logrando minimizar el riesgo.</p> <p>En el periodo evaluado, en el mes de julio se reportaron 12 inconsistencias de 1514 registros realizados, para los meses de agosto y septiembre no se presentaron inconsistencias, evidenciando la efectividad del control.</p> <p>La líder enfatiza que es más efectivo el control cuando se realiza una concientización en el grupo de terapeutas de la importancia del reporte en las diferentes plataformas.</p>
----------	---	--	--

10. RIESGOS GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIO CLÍNICO

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


R. OP- 49: Alto **R. OP- 50:** Alto **R. OP- 51:** Alto

	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

10.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO Y RADIOLOGÍA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-49	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.	Se evidencia actas de capacitación de 15/08/2023, 21/09/2023 y 19/07/2023 en las cuales se capacita en temas como: Importancia de la fase preanalítica, lectura e interpretación de urocultivos y lectura e interpretación de cultivos de secreciones. Estas capacitaciones bimensuales garantizan que el personal se encuentre actualizado y puedan emitir un resultado que le permita al médico dar un diagnóstico certero, lo que repercute en calidad para satisfacción de los usuarios de la ESE ISABU.
		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.	El líder de laboratorio y bacteriólogos de la ESE ISABU, realizan auditoria al proceso de toma de muestras a través de la lista de chequeo establecida en el manual de toma de muestras, evidenciando posibles debilidades en el proceso. De esto se elabora un informe el cual es dado a conocer a PAMEC y a la directora técnica del HLN con el fin de identificar causas recurrentes de la fase preanalítica, lo que permite tomar acciones correctivas de manera oportuna. Este control resulta efectivo ya que permite ofrecer seguridad en el procesamiento y resultado de exámenes tomados en los centros de salud.
R. OP-50	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 Fornd, en el procedimiento de asignación de citas y preparación de pacientes a los facturadores en el rol de imagenología de manera trimestral.	Se evidencia acta de 4 y 5 de octubre de 2023 en la cual se impartió las directrices al personal de facturación para minimizar el porcentaje de errores persistentes en la asignación de citas, entrega de resultados y explicación de preparación para los pacientes de imagenología. Con esta capacitación se cumple al 100% el cronograma previamente establecido. Este control resulta efectivo ya que se evidencia en la medición de los indicadores que se han reducido el porcentaje de fallas en el proceso 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: 28-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


			<p>asignación y facturación. De igual manera permitió identificar otras debilidades que están siendo analizadas por el área de facturación. De resaltar, en las capacitaciones se contó con la participación de la subgerente administrativa, quien se apropió de las fallas identificadas y solicitó el apoyo al área de facturación, ahondado en una mejor prestación del servicio.</p>
		<p>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.</p>	<p>Se evidencia formato de control de errores de facturación en el cual se relaciona las fallas encontradas en agendamiento, preparación y facturación, discriminando sede, tipo de falla y responsable. Lo anterior se presentó durante las capacitaciones, siendo el instrumento perfecto para evidenciar debilidades hasta ahora no detectadas.</p> <p>Este control es efectivo ya que permite identificar donde se presentan más fallas, los responsables y las fallas más frecuentes, siendo esto el insumo para la toma de decisiones por parte de la subgerencia administrativa, generando acciones de mejora que permitan corregir o minimizar la ocurrencia de las fallas encontradas.</p>
R. OP-51	<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Se evidencia seguimiento al cumplimiento del diligenciamiento del formato de consentimiento informado en el formato de control de estimación de dosis de odontología, donde se evidencia que se genera cumplimiento al 100%.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que se evitan quejas, acciones legales ante el desconocimiento del usuario ante el procedimiento a realizar.</p>

11. RIESGOS GESTIÓN SALUD PÚBLICA

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


R. OP- 52: Alto, **R. OP- 53:** Extremo, **R. OP- 54:** Extremo, **R. OP- 55:** Extremo, **R. OP- 56:** Extremo, **R. OP- 57:** Extremo

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


	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 29-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-52	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.	<p>Para el tercer trimestre de 2023, las auxiliares de enfermería del área de vigilancia verifican la oportunidad de la notificación semanal e inmediata, incluyendo la Búsqueda Activa Institucional (BAI), para dar cumplimiento al 100% de los casos identificados y los eventos notificados en la plataforma SIVIGILA. Este control resulta efectivo toda vez garantiza la identificación oportuna y completa de los eventos y la calidad del dato para lograr hacer el seguimiento y el reporte a las líderes de ruta de la ESE ISABU. El recurso humano trabaja de manera articulada para fortalecer el debido reporte.</p> <p>Como acción de mejora, el área de urgencias del Hospital Local del Norte brinda el apoyo, según cronograma, de domingo a domingo tanto presencial como virtual, para realizar las notificaciones inmediatas y semanal en el sistema SIVIGILA, liberando la responsabilidad a referencia y contrarreferencia que tenía esta acción de notificación en el sistema.</p> <p>De igual manera se fortaleció la notificación en los centros de salud, apoyando al talento humano en salud modalidad virtual para el direccionamiento de la identificación y notificación del caso en la web del SIVIGILA.</p>
R. OP-53	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,	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 envió 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 archivo en Excel en el cual la líder de la ruta materno perinatal, identifica los ingresos a control prenatal que no tienen tamizaje para sífilis. Una vez realizada esta revisión, si se detecta una materna a la que no se haya realizado el tamizaje, se informa a cada centro de salud para hacer la respectiva búsqueda de la gestante y realizar la toma de laboratorio, identificando si la prueba se realizó o falta por cargarla al sistema. Esto para el tercer trimestre de 2023 reporta una mejora en los tiempos de reporte, informándose de manera inmediata los resultados y las tomas. Este control resulta efectivo ya que estamos tamizando de manera oportuna con las pruebas rápidas a la gestante.


	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

	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 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 archivo de Excel denominado "SEGUIMIENTO DE SIFILIS GESTACIONAL", en el cual se consigna cada una de las gestantes con el diagnóstico de sífilis gestacional acumulado en el año, así como el respectivo tratamiento y continuidad del seguimiento en el control prenatal. Este control resulta efectivo, ya que le permite a la líder de la ruta materno perinatal realizar seguimiento de los casos diagnosticados e informar a los centros de salud para el seguimiento en conjunto con el programa. Para esto se evidencia correo electrónico en el cual la líder de la ruta informa los casos, para la trazabilidad durante el embarazo.
R. OP-54	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.	<p>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.</p> <p>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%.</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel en el cual la líder de la ruta de la unidad cardio metabólica agrupa la totalidad de los pacientes, en la cual se relaciona la fecha ingreso, fecha de atención, fecha de laboratorios, remisiones o valoraciones por especialistas y otra serie de información relevante para el programa. Esta base de datos también se encuentra segregada por centros de salud, siendo enviada a cada líder de centro de salud con el fin de realizar la demanda inducida. Esta base de datos es enviada entre otros, al auditor médico para realizar la auditoria respectiva. Para que el periodo evaluado el resultado de la medición de los indicadores fue positivo. Esta base de datos se da a conocer al auditor médico, jefes de zona y demás personal de la ESE ISABU, lo que sirve de insumo para la realización de sus actividades.</p> <p>Esta base de datos es el insumo general para el desarrollo del programa, mantenerla actualizada minimiza el riesgo de errores en el desarrollo del programa de riesgo cardiovascular.</p> <p>Se evidencia formato o instrumento evaluador, informe de indicador y presentación de resultados correspondiente al trimestre evaluado, en el cual el auditor medico mide la adherencia a la GPC de hipertensión arterial determinando un resultado de 96% lo que corresponde a una adecuada adherencia. Los resultados de la auditoría son socializados con la subgerencia científica, calidad, dirección HLN, jefes de zona y la líder de la unidad. Este control resulta efectivo ya que se evidencia en un muy buen porcentaje la adherencia de los médicos al programa de riesgo cardiovascular.</p>

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

R. OP-55	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	<p>La líder de salud infantil acompañara a los líderes encargados de cada centro de salud y unidades hospitalarias al debido diligenciamiento de manera semestral del formato de autoevaluación de la política IAMII.</p>	<p>Este control por fechas se cumplió el trimestre pasado, sin embargo, se tiene programado que, para el 30 de octubre 2023, se envíe el nuevo formato de autoapreciación correspondiente al segundo semestre de las unidades operativas.</p> <p>Para el segundo semestre de 2023, correspondiente a las unidades hospitalarias, ya se cuenta con el formato de autoapreciación, del cual se produjo un plan de mejora que tiene como fechas de cumplimiento de julio a diciembre de 2023.</p> <p>Este formato resulta efectivo ya que se evidencian hallazgos y se implementan acciones de mejora previas a las asistencias técnicas del municipio.</p>
		<p>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 de tomar acción inmediata.</p>	<p>La líder de salud infantil recibe las asistencias técnicas por parte del Municipio, evidenciando el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los pasos de la estrategia IAMII. Con estos resultados se realiza retroalimentación en el centro de salud con el fin de corregir y tomar acciones, según el resultado obtenido.</p> <p>Se evidencian Actas de Comité IAMII correspondientes a los meses de julio y septiembre de 2023, en el cual se socializa con subgerencia científica, directoras técnicas y unidades hospitalarias los resultados con el fin de tomar las acciones a las que haya lugar.</p> <p>Adicionalmente, producto de las auditorías realizadas por la líder de salud infantil, se generan acciones de mejora con cumplimiento a corto plazo, lo que genera una mejora continua en el programa y de contera se realiza un previo alistamiento para las visitas municipales, es por esta razón que el control resulta efectivo.</p>
R. OP-56	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	<p>La Coordinadora PAI realiza auditoria según cronograma donde se preste el servicio, verificando el control de la cadena de frio, a través de aplicación de lista de chequeo generando un informe de análisis de los resultados.</p>	<p>Se evidencia acta de visitas a los diferentes centros de salud Colorados, Villa Rosa, Regaderos, IPC, Toledo Plata, Pablo VI, Café Madrid, Colorados y UIMIST del periodo evaluado, en el cual la Coordinadora PAI evalúa los diferentes componentes del programa de vacunación entre los que se incluye el cumplimiento a la red de frio de los diferentes centros de salud y Unidades Hospitalarias.</p> <p>De igual manera se evidencia acta de socialización de red de frio y plan de contingencia ante falla de fluido eléctrico dirigido al personal operativo de los centros de salud y unidades hospitalarias de la ESE ISABU.</p> <p>Este control es efectivo ya que garantiza que la temperatura de los biológicos sea adecuada de conformidad a la normatividad y a su vez permite una vacunación efectiva.</p>

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 32-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-57	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 de los cumplimientos generando informe de seguimiento y análisis de las estimaciones o metas por EPS.	<p>Se evidencia matriz de seguimiento donde se va reportando las actividades ejecutadas para dar cumplimiento al mes, organizada por EPS y cursos de vida. Este seguimiento determina un cumplimiento del trimestre evaluado por cada una de las EPS. Para cada EPS tenemos los siguientes cumplimientos:</p> <p>COOSALUD: 93% NUEVA EPS: 74,4% SANITAS: 41.2%</p> <p>En cumplimiento del plan de acción, se realizaron 5 capacitaciones relacionadas con la resolución 3280 de 2018.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que permite llevar un seguimiento de las actividades contratadas por cada EPS, evitando descuento a la cápita.</p>
----------	---	--	--


12. RIESGOS GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

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

R. OP- 58: Extremo, **R. OP- 59:** Alto, **R. OP- 60:** Extremo, **R. OP- 61:** Extremo, **R. OP- 62:** Alto, **R. OP- 63:** Alto, **R. OP- 64:** Alto.


12.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-58	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	La almacenista general recuerda cuando es necesario, el correcto diligenciamiento del formato de solicitud de pedidos. Se evidencia casos precisos en los cuales se debe retroalimentar en el correcto diligenciamiento del formato. Este control resulta efectivo ya que se garantiza una mayor organización en el área, garantizando la correcta entrega de los insumos solicitados.

	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


		<p>Realizar auditorías mensuales de acuerdo a cronograma establecido y a los centros de salud priorizados</p>	<p>Se evidencia cronograma de auditorías a inventarios de consumo tanto en centros de salud como unidades hospitalarias. Para el periodo evaluado, se tiene nueve (9) auditorías en centros de salud las cuales se realizaron en un 100%. Estos centros de salud fueron: Café Madrid, campo hermoso, comuneros, Concordia, Gaitán, Girardot, joya, Morrórico y mutis.</p> <p>En estas actividades se auditoría se realiza cruce de la información reportada en PANACEA vs lo que se encuentra en físico en el centro de salud, con el fin que se estén actualizando las existencias de manera mensual.</p> <p>La almacenista general ha implementado acciones con el fin de promover entre el personal la actualización del inventario de consumo, entre ellas establecer un ranking de los centros de salud y unidades hospitalarias que cumplen con las bajas al menos una vez por semana, esto con excelentes resultados que demuestran la mejora continua del área. Este control resulta efectivo toda vez que se mantiene un seguimiento constante a los insumos solicitados a almacén.</p>
R. OP-59	<p>Posibilidad de pérdida económica por perdida 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</p>	<p>El Jefe Almacenista General realiza auditorias de acuerdo a cronograma, con el fin de verificar el inventario inicial realizado el año inmediatamente anterior, de esto se deja evidencia en un acta de cada dependencia auditada, en la cual se tomarán las medidas o acciones de mejora a las que haya lugar.</p>	<p>Se evidencia cronograma de actividades para la vigencia 2023, que, para el periodo evaluado, determina la auditoria en seis (6) centros de salud de la ESE ISABU. Es necesario precisar que se cumplió con el 100% de lo programado, realizando auditoria de inventarios aleatorios a Centro de Salud Concordia, Cristal Alto, Girardot, Kennedy, La joya y la Libertad.</p> <p>De las actividades de inventario aleatorio se evidenciaron que algunos activos se encontraban dentro de los centros de salud, pero no en las ubicaciones reportadas en la base de datos de activos.</p> <p>De esto se dejó constancia, informándose a la jefe del centro de salud la importancia de informar los</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: 34-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


			<p>traslados al área de almacén. Es precisamente por esto que el control resulta efectivo ya que se pueden detectar situaciones irregulares y se toman medidas oportunas.</p>
R. OP-60	<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>Se evidencia informe de cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de las unidades hospitalarias y los centros de salud, cumpliendo con el 100% de las actividades programadas para el tercer trimestre del 2023.</p> <p>Se evidencia ocho (8) actas de capacitación a centros de salud y unidades hospitalarias en las cuales el contratista INBIOMECS capacita de acuerdo a cronograma en diferentes temas como uso, cuidado, limpieza y desinfección de equipos. El cronograma de capacitaciones se cumplió al 100% de lo programado.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que garantiza el funcionamiento de los equipos evitando paralización en la prestación del servicio, alargando su vida útil.</p>
R. OP-61	<p>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.</p>	<p>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</p>	<p>Se evidencia informe de cumplimiento del cronograma de mantenimientos general a la infraestructura, mantenimiento eléctrico, mantenimiento por hallazgos de habilitación y mantenimiento de cubiertas de los centros de salud programados para el periodo evaluado y de las unidades hospitalarias. Para el periodo evaluado se cumplió al 100% con lo programado.</p> <p>Adicionalmente se evidencia informe de mantenimientos correctivos en centros de salud y unidades hospitalarias, logrando cubrir todas las necesidades surgidas en el tercer trimestre del 2023. La medición de este indicador arrojó el 94% de cumplimiento.</p> <p>Como evidencia del cumplimiento de las actividades del personal de apoyo para el mantenimiento de la infraestructura, diligencia el formato "Plan de Trabajo" en el cual se deja reporte de las actividades adelantadas y el recibo a conformidad</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: 35-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			<p>por parte de la jefe del servicio o centro de salud.</p> <p>Los dos (2) informes reportan de manera general los mantenimientos realizados en los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias, lo que permite mantener la infraestructura en óptimas condiciones para la prestación del servicio. Es por esta razón que el control resulta efectivo.</p>
R. OP-62	Posibilidad de afectación administrativa, económica y de imagen por inadecuada aplicación del procedimiento baja de activos por desactualización del documento	<p>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.</p>	<p>Esta actividad se ejecutó en los dos primeros trimestres del año 2023,</p>
		<p>El profesional en recursos físicos realizará actualización de documentos anexos al procedimiento baja de activos en el segundo semestre.</p>	<p>Se evidencia correo electrónico en el cual la almacenista general envía los procedimientos actualizados y ajustados a la subgerencia administrativa con el fin de obtener su aprobación para la posterior codificación con Calidad.</p> <p>Se evidencia certificación de la almacenista general en la cual manifiesta que se está trabajando activamente en la actualización documental del área de Recursos Físicos. En todo caso, esta actividad debe desarrollarse durante todo el segundo semestre del año 2023.</p>
R. OP-63	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	<p>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.</p>	<p>Esta actividad se ejecutó en los dos primeros trimestres del año 2023,</p>
		<p>El almacenista General realizar la actualización de documentos anexos al procedimiento de Entrada, salida y traslado de activos e insumos en el segundo semestre.</p>	<p>Se evidencia correo electrónico en el cual la almacenista general envía los procedimientos actualizados y ajustados a la subgerencia administrativa con el fin de obtener su aprobación para la posterior codificación con Calidad.</p> <p>Se evidencia certificación de la almacenista general en la cual manifiesta que se está trabajando activamente en la actualización documental del área de Recursos</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: 36-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			Físicos. En todo caso, esta actividad debe desarrollarse durante todo el segundo semestre del año 2023.
R. OP-64	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 se ejecutó en los dos primeros trimestres del año 2023,
		El Almacenista General realizará actualización de documentos anexos al procedimiento baja de activos en el segundo semestre.	Se evidencia correo electrónico en el cual la almacenista general envía los procedimientos actualizados y ajustados a la subgerencia administrativa con el fin de obtener su aprobación para la posterior codificación con Calidad. Se evidencia certificación de la almacenista general en la cual manifiesta que se está trabajando activamente en la actualización documental del área de Recursos Físicos. En todo caso, esta actividad debe desarrollarse durante todo el segundo semestre del año 2023.

13. RIESGOS GESTIÓN DE LAS TICS

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


R. OP- 65: Extremo, **R. OP- 66:** Extremo, **R. OP- 67:** Alto, **R. OP- 68:** Alto, **R. OP- 69:** Alto

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 37-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


13.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-65	Posibilidad de pérdida económica, daños en la información que maneja la entidad, por un ataque cybernetico 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 garantizara 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	<p>Se evidencia formato de necesidad para la adquisición de nuevo FIREWALL, fechado el 15/06/2023, con el cual se puede evidenciar que se encuentra en proceso de compra del nuevo FIREWALL con licencias para la ESE ISABU.</p> <p>El control resulta efectivo ya que contamos a la fecha se ha cumplido en un 100% en cuanto a bloqueos y protección de virus. Sin embargo, para la licencia del Firewall del HLN, que se encuentra en proceso de adquisición, las actualizaciones se encuentran vencidas, pero se cuenta con protección hasta la adquisición del nuevo equipo que prestará el servicio de FIREWALL. En el informe se deja plasmado que no se han presentado incidentes de seguridad informática.</p> <p>Se evidencia informe de Firewall y antivirus de 30/09/2023 en el cual el Ingeniero líder de Infraestructura manifiesta que "el seguimiento al funcionamiento del FIREWALL y en el antivirus cumplió al 100% en su indicador positivo de eficacia y la robustez de las medidas de seguridad implementadas en la red hasta la fecha. Esto implica que el FIREWALL y el antivirus están funcionando adecuadamente bloqueando amenazas, garantizando la integridad de los datos y protegiendo la red contra intrusiones y ataques maliciosos.</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: 38-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-66	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>Este control se aplicará por fechas estipuladas para el cuarto trimestre de 2023.</p>
R. OP-67	<p>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.</p>	<p>El ing. líder de infraestructura coordinará mantenimientos preventivos de equipos de cómputo y servidores, evidenciado el cumplimiento mediante un informe cuatrimestral.</p>	<p>Se evidencia informe de mantenimientos preventivos No. 2 de los tres (3) programados, según cronograma para la vigencia 2023, en el cual el líder de infraestructura informa que se ha cumplido con el 100% en las actividades de mantenimiento preventivo programadas a corte de septiembre cumpliendo con el indicador anual de 66.66%.</p> <p>Se evidencia igualmente la tabla del segundo mantenimiento preventivo "registro de equipos" gestionados en el periodo evaluado. Adicionalmente se anexa como soportes los formatos firmados manualmente en la cual se evidencia la conformidad de los usuarios.</p>
		<p>El ing. líder de infraestructura realizara monitoreo de disponibilidad de servidores a través de plataforma Proxmox y se evidenciara mediante informe semestral</p>	<p>La ejecución de este control se presentará en el cuatro trimestre de 2023.</p>


	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

R. OP-68	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)	Se evidencia procedimiento de licenciamiento de equipos de cómputo y procedimiento de soporte y mantenimiento de servidores, los cuales fueron aprobados mediante reunión de grupo primario No. 8 llevado a cabo en septiembre. Los procesos se encuentran en aprobación por parte de calidad. Sin embargo, la aplicación de este control se encuentra dentro de las fechas estipuladas para su cumplimiento.
R. OP-69	Posibilidad de afectación administrativa y disciplinaria por falta de actualización del PETI y sus estrategias acorde a los riesgos identificados.	Los Ingenieros líderes 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)	Se evidencia documento en Excel denominado "Tabla de ruta propuestas de estrategias para PETI nueva vigencia" en la cual se plasma las estrategias propuestas por el proceso de TI, en el área de seguridad de la información e infraestructura tecnológica. Este documento es el insumo para la estructuración del PETI vigencia 2024-2027, el cual será aprobado por la nueva administración en el año 2024.

14. RIESGOS GESTIÓN FINANCIERA

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


R. OP- 70: Alto, **R. OP- 71:** Alto, **R. OP- 72:** Alto, **R. OP- 73:** Alto, **R. OP- 74:** Alto, **R. OP- 75:** Alto

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 40-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN FINANCIERA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-70	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de tesorería por desactualización del documento	<p>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.</p> <p>El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.</p>	<p>Una vez realizado el envío a la oficina de Calidad para la codificación de la caracterización y actualización de procedimientos, se realizó grupo primario con el fin de dar a conocer el cronograma con las fechas de socialización de las novedades (creación y actualización de procedimientos) a las áreas que interactúan con Tesorería. En cumplimiento de dicho cronograma, en grupo primario de Gestión Financiera celebrado el 27/09/2023 se socializa por parte de tesorería los siguientes procedimientos: Procedimiento de pagos por tesorería, procedimiento de recaudos en efectivo, procedimiento de recaudo en bancos, procedimiento SARLAF y procedimiento de registro de obligaciones.</p> <p>Con estas actividades adelantadas en el tercer trimestre de 2023, se ha cumplido en su totalidad con las actividades del plan de acción y con la ejecución del control.</p> <p>Este control es efectivo ya que le brinda a toda la entidad mayor claridad de la forma como se interrelaciona el área de tesorería con otros procesos de la ESE ISABU.</p>
R. OP-71	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de contabilidad por desactualización del documento	<p>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.</p> <p>El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.</p>	<p>Una vez realizado el envío a la oficina de Calidad para la codificación de la caracterización y actualización de procedimientos, se realizó grupo primario con el fin de dar a conocer el cronograma con las fechas de socialización de las novedades (creación y actualización de procedimientos) a las áreas que interactúan con Contabilidad. En cumplimiento de dicho cronograma, en grupo primario de Gestión Financiera celebrado el 27/09/2023 se socializa por parte de Contabilidad los siguientes procedimientos: Procedimiento de prestación de estados financieros y Procedimiento de conciliación bancaria.</p> <p>Con estas actividades adelantadas en el tercer trimestre de 2023, se ha cumplido en su totalidad con las actividades del plan de acción y con la ejecución del control.</p> <p>Este control es efectivo ya que le brinda a toda la entidad mayor claridad de la forma como se interrelaciona el área de contabilidad con otros procesos de la ESE ISABU.</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: 41-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-72	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de presupuesto por desactualización del documento	<p>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.</p> <p>El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.</p>	Esta actividad se cumplió en el segundo trimestre de 2023
R. OP-73	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de costos por desactualización del documento	<p>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.</p> <p>El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.</p>	<p>Una vez realizado el envío a la oficina de Calidad para la codificación de la caracterización y actualización de procedimientos, se realizó grupo primario con el fin de dar a conocer el cronograma con las fechas de socialización de las novedades (creación y actualización de procedimientos) a las áreas que interactúan con Costos. En cumplimiento de dicho cronograma, en grupo primario de Gestión Financiera celebrado el 27/09/2023 se socializa por parte de Costos los siguientes procedimientos: Procedimiento de costos.</p> <p>Con estas actividades adelantadas en el tercer trimestre de 2023, se ha cumplido en su totalidad con las actividades del plan de acción y con la ejecución del control.</p> <p>Este control es efectivo ya que le brinda a toda la entidad mayor claridad de la forma como se interrelaciona el área de costos con otros procesos de la ESE ISABU.</p>
R. OP-74	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de facturación por desactualización del documento	<p>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.</p> <p>El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.</p>	Esta actividad se cumplió en el segundo 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: 42-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-75	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de cartera por desactualización del documento	<p>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.</p> <p>El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.</p>	Esta actividad se cumplió en el segundo trimestre de 2023
----------	--	--	---

15. RIESGOS GESTIÓN DOCUMENTAL


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

R. OP- 76: Alto, **R. OP- 77:** Alto, **R. OP- 78:** Alto, **R. OP- 79:** Alto, **R. OP- 80:** Alto, **R. OP- 81:** Alto, **R. OP- 82:** Alto.

15.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-76	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.	Este control se cumplió 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: 43-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


		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 se cumplió en el segundo trimestre de 2023
R. OP-77	Posibilidad de afectación reputacional, administrativa, imagen por inadecuada aplicación del procedimiento de envío de comunicaciones oficiales por desactualización del documento	Realizar el diagnostico 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.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 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 se cumplió en el segundo trimestre de 2023
R. OP-78	Posibilidad de afectación reputacional, administrativa, imagen por inadecuada aplicación del procedimiento de acceso a documentos por desactualización del documento	Realizar el diagnostico para la actualización del procedimiento de acceso a documentos y de los documentos anexos mediante acta de grupo primario en primer trimestre del año.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.
		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 se cumplió en el segundo 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: 44-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-79	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 informe de seguimiento al cumplimiento del cronograma de transferencia primaria documental, en el cual se concluye que, para el periodo evaluado, se tenían programadas tres (3) transferencias documentales, Tesorería, contabilidad y Presupuesto, cumpliéndose al 100% los programado. Sin embargo, deja constancia la profesional de gestión documental que, para el mes de mayo de 2023, el área de Planeación tenía programada la entrega de su archivo de gestión, sin que hasta la fecha se haya cumplido. Como parte de la ejecución del control, la profesional de gestión documental retroalimenta al área de planeación, informando el incumplimiento y establecido una nueva fecha improrrogable, hasta el mes de noviembre de 2023. Este control resulta efectivo toda vez que la profesional de gestión documental detecta un incumplimiento en el cronograma se toman las medidas correctivas oportunamente.
R. OP-80	Posibilidad de afectación administrativa por inadecuada aplicación del procedimiento de actualización de tablas de retención documental- TRD por desactualización del documento	Realizar el diagnostico 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.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.
		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 se cumplió en el segundo trimestre de 2023.
R. OP-81	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	Este control se cumplió en el segundo 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: 45-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-82	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 informe de seguimiento al cronograma de digitalización dando a conocer las series a las que se han realizado proceso de digitalización según el programa de reprografía en cumplimiento del cronograma previamente establecido. Para el periodo evaluado se consiguió el cumplimiento del 100% de los programado. Este control resulta efectivo ya que consolidamos la base de documentación electrónica con fines de consulta, protegiendo la documentación ante emergencias.
----------	--	---	---

16. RIESGOS GESTIÓN JURÍDICA


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

R. OP- 83: Alto, **R. OP- 84:** Alto, **R. OP- 85:** Alto, **R. OP- 86:** Extremo, **R. OP- 87:** Alto


16.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-83	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 se encuentra dentro de las fechas establecidas para su cumplimiento.
R. OP-84	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 se encuentra dentro de las fechas establecidas para su cumplimiento.

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 46-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-85	<p>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</p>	<p>El jefe de oficina jurídica y la profesional especializada, realizará la revisión de la ejecución contractual correspondiente al 30% de los contratos celebrados durante el cuatrimestre objeto de evaluación, el cual se evidenciará mediante un informe presentado al Gerente en el cual se relacionará los contratos revisados, las observaciones y las acciones de mejora a las que haya lugar.</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel con la totalidad de la contratación realizada durante el segundo cuatrimestre del año (mayo, junio, julio y agosto). Se evidencia archivo en Excel en el cual se detalla la muestra correspondiente al 30% de la contratación adelantada durante el segundo cuatrimestre del año, es decir de 324 contrato se revisaron 97 contratos.</p> <p>En el informe se reporta que no se identificaron novedades u observaciones registradas en la matriz. La oficina asesora jurídica elaboró y presentó a Gerencia un informe en el que se relaciona la revisión realizada junto con las conclusiones.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que permite identificar las falencias en el archivo de contratos de la oficina, subsanarlas con anterioridad a posibles auditorías de los entes de control.</p>
R. OP-86	<p>Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por multa y/o sanción fiscal o disciplinaria debido a Extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición, inobservancia de los términos y procedimientos por parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU</p>	<p>El jefe Oficina Asesora Jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean respondidos dentro de los términos legales. Esta verificación la realizará a través de una matriz de Excel que permita observar el tiempo de respuesta.</p> <p>El jefe Oficina Asesora Jurídica semestralmente entregará a Gerencia un informe de las peticiones recibidas en el cual se evidenciará el tiempo de respuesta de cada uno, dando finalmente un informe de la efectividad del control mensual.</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel con la matriz de seguimiento a los derechos de petición correspondientes a corte de 30/09/2023.</p> <p>En la matriz se relaciona la fecha de recibo del derecho de petición y la fecha de respuesta, la cual siempre ha cumplido con los términos de ley.</p> <p>Este control resulta efectivo toda vez que le permite a la jefe de la oficina asesora jurídica monitorear el estado de los derechos de petición con el fin de evitar que la entidad vulnere del derecho de petición.</p> <p>Debido a que el informe se presenta de manera semestral, no se hará seguimiento a este control.</p>


	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 47-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-87	<p>Posibilidad de 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 SIA OBSERVA y SECOP II de la etapa precontractual en los procesos celebrados por la ESE ISABU.</p>	<p>La profesional especializada del área de jurídica aplica la 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 de forma permanente, reportando de forma mensual la información de cada contrato aprobada y que se encuentre registrada, publicada en la Plataforma SIA OBSERVA, la cual es reportada, al jefe de la oficina jurídica, este generará un reporte dirigido al Gerente de forma cuatrimestral (Inicio de control mes de junio).</p>	<p>Se evidencia matriz de seguimiento consolidado a 30/09/2023 en la cual se relaciona la revisión del 100% de la contratación adelantada hasta el 30/09/2023.</p> <p>COMENTARIO OCI: Si bien se ejecuta el control, en la matriz de seguimiento correspondiente a los meses de agosto y septiembre no reportan observaciones referentes a la extemporaneidad en la publicación en las diferentes plataformas. Sin embargo, los controles mensuales realizados por la oficina de control interno, si han reportado extemporaneidades. Por lo tanto, no es suficiente solo la ejecución del control, también es necesario el reporte de la materialización del riesgo. De lo anterior se puede deducir que el control se encuentra mal diseñado, ya que a pesar de su ejecución no evita la materialización del riesgo.</p>
		<p>El jefe de la Oficina Asesora jurídica en los procesos de contratación masiva dispondrá de una persona adicional para alimentar la 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 que dentro de los tres días hábiles siguientes de la suscripción del acta de inicio la información de cada contrato aprobada se encuentre registrada y publicada en la Plataforma SIA OBSERVA, la cual es reportada, al jefe de la oficina jurídica (Inicio de control mes de junio).</p>	<p>No ha sido necesario una persona adicional, ya que debido al inicio de los controles que se dieron en el mes de julio, no se ha tenido contratación masiva que requiera la persona adicional, además la oficina asesora jurídica, designó a un único responsable para realizar la labor de publicación en SIA OBSERVA.</p>

Evaluación de la efectividad de los controles: Si bien se ejecuta el control, en la matriz de seguimiento correspondiente a los meses de agosto y septiembre no reportan observaciones referentes a la extemporaneidad en la publicación en las diferentes plataformas. Sin embargo, los controles mensuales realizados por la oficina de control interno, si han reportado extemporaneidades. Por lo tanto, no es suficiente solo la ejecución del control, también es necesario el reporte de la materialización del riesgo. De lo anterior se puede deducir que el control se encuentra mal diseñado, ya que a pesar de su ejecución no evita la materialización del riesgo.

Recomendación de control interno: Teniendo en cuenta lo anterior, recomienda esta oficina de control interno en mesa de trabajo con la oficina asesora de Planeación, tomar las medidas correctivas frente al diseño y ejecución de controles, tomándose los correctivos necesarios con el fin de evitar en las próximas revisiones reportes por extemporaneidades.

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: 48-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

De igual manera, como se ha repetido en numerosas ocasiones, la publicación en las plataformas requiere de un cuidado especial, procurando calidad y cumplimiento de los principios de la contratación, por lo tanto, el llamado es a minimizar errores y contener la materialización reiterada del riesgo. De la correcta elección de controles y ejecución de estos, se garantiza el correcto funcionamiento del sistema de riesgos institucionales.

RIESGOS GESTIÓN CONTROL INTERNO


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

R. OP- 88: Alto

16.2. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CONTROL INTERNO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
R. OP-88	Posibilidad de afectación económica y reputacional por multas y sanciones disciplinarias y fiscales, debido al incumplimiento en el desarrollo del plan anual de auditorías de la vigencia	El equipo de control interno realizará seguimiento al cronograma del plan anual de auditorías de la vigencia, determinando las actividades mensuales a desarrollar designando responsables y fechas de cumplimiento, de lo cual se dejará evidencia en el acta de grupo primario el cual se realizará mensualmente.	<p>Se evidencia actas de grupo primario correspondiente al tercer trimestre de 2023 (julio, agosto y septiembre), 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 y las que surjan del desarrollo de las funciones de la oficina.</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. De igual manera el acta de grupo primario es el insumo necesario para que el equipo auditor conozca las actividades del mes.</p> <p>El control resulta efectivo ya que le proporciona un seguimiento preciso del cumplimiento del plan anual de auditorías a la jefe de la oficina, además le permite identificar desviaciones y toma de decisiones oportunas frente a posibles incumplimientos con el fin de medir el indicador de la oficina.</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: 49-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Reitera esta oficina de control interno, que 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 y calidad, en los monitoreos o en la estructuración de los mapas de riesgos, capaciten sobre la ocurrencia de estos hechos y brinden la asesoría necesaria. En la medida que se reporten la materialización de los riesgos se pueden tomar decisiones oportunas y efectivas frente a los controles.
- Del resultado del seguimiento se detectó lo siguiente:
 - a) **En el riesgo No. 26 de la oficina de Planeación, se identificó una falta de ejecución en los controles y un marcado desconocimiento del mapa de riesgos operacionales**, por lo tanto, se recomienda una mesa de trabajo, con el fin de analizar las consecuencias de la no ejecución, la efectividad de estos e incluso, la pertinencia del riesgo y los controles establecidos. **Preocupa a esta oficina de control interno que la oficina de planeación presente incumplimientos en la ejecución de controles y falta de seguimiento y autocontrol en las actividades propias de la administración del riesgo, ya que es la dependencia encargada de realizar la estructuración del mapa de riesgos. Se denota que al interior del área no se lleva el respectivo monitoreo de los controles por parte del líder del proceso.**
 - b) **En cuanto al riesgo 87 de la Gestión Jurídica, se reporta una materialización del riesgo.** Se identificó que, si bien se ejecuta el control, en la matriz de seguimiento no se reporta las extemporaneidades identificadas ya que en los meses de agosto y septiembre no se reportan observaciones referentes a la extemporaneidad en la publicación en las diferentes plataformas; sin embargo, en los controles mensuales realizados por la oficina de control interno, si se han identificado extemporaneidades durante el periodo evaluado.

Por lo tanto, no es suficiente solo la ejecución del control, también es necesario el reporte de la materialización del riesgo. De lo anterior se puede deducir que el control se encuentra mal diseñado, ya que a pesar de su ejecución no evita la materialización del riesgo. Así las cosas, esta oficina de control interno recomienda mesa de trabajo con la oficina asesora de planeación con el fin de tomar las acciones correctivas a las que haya lugar y con esto evitar nuevamente la materialización del riesgo.

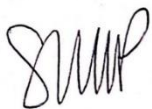
	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 50-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

c) Se evidencia falta de monitoreo de los riesgos por parte de Calidad y Planeación, según lo dictado por la Política de Administración del Riesgo de la ESE ISABU. Este monitoreo podría llegar a ser determinante para evitar materializaciones o posibles falencias en la ejecución de los controles, ya que la segunda línea de defensa estaría detectando las debilidades de la primera línea de defensa y corrigiendo de manera oportuna.

Las anteriores situaciones serán conocidas por lo líderes y la oficina de planeación y calidad con el fin de tomar los correctivos a los que haya lugar.

- Se identifica mayor compromiso de los líderes y las áreas en la administración del riesgo, ejecutando los controles y analizando las posibles situaciones que se pueden presentar con los riesgos.
- En términos generales, mejoró la oportunidad de los líderes en el cargue de las evidencias de cumplimiento de los controles y el cumplimiento de los horarios en las mesas de trabajo con esta oficina de control interno.

Equipo auditor:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno