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

**1100-380-10**  
**CI- 007**

Bucaramanga, 18 de enero de 2024

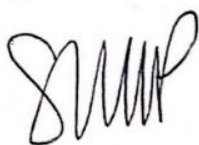
Doctor  
GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO  
Gerente

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 VI 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 VI trimestre de la vigencia 2023.


Agradezco su atención.



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

Firma \_\_\_\_\_  
Radicado: 00000230  
Enviado: 18/01/2024 - 3:18 p.m.  
ventanillaunica  
ESE ISABU



	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 1-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES DE LA E.S.E. ISABU  
IV 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.<sup>1</sup>


En el marco de lo expuesto y el Rol de evaluación de la gestión del riesgo, se presenta el siguiente informe, correspondiente al cuarto trimestre de la vigencia 2023, teniendo en cuenta el mapa de riesgos operacionales 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 cuarto trimestre de la vigencia 2023.

<sup>1</sup> 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.


	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 2-47
	<b>VERSION: 2</b>	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.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 3-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## DESARROLLO

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

La E.S.E ISABU por medio de la resolución 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.<sup>2</sup>

Como tercera línea de defensa, la oficina de Control Interno presenta el informe del cuarto 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.

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:

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


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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 4-47
	<b>VERSION: 2</b>	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
<b>TOTAL</b>		<b>66 riesgos</b>

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.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 5-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

- **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL - 2023 E.S.E ISABU- CUARTO 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 (IV 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 de los indicadores de	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 solicita mediante correo electrónico de 3/10/2023 la medición y análisis trimestral de cada indicador al líder responsable, consolidando 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.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 6-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


	<p>gestión al presentar información de fuentes no confiables, inoportuna y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales, ocasionando incumpliendo de la normatividad vigente establecida.</p>	<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>En el marco del seguimiento trimestral el jefe de la Oficina Asesora de Planeación presentó en el comité CIGD del mes de diciembre de 2023 el seguimiento de los indicadores de Gestión correspondientes al III trimestre de 2023, en el cual se presentaron los siguientes resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior: 1,2, Satisfactorio.</li> <li>2. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud: 1, 00 Satisfactorio.</li> <li>3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional: 0,96, Satisfactorio.</li> <li>5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida: 0,97 Aceptable.</li> <li>6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a). compras conjuntas, b). compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, c). compras a través de mecanismos electrónicos: 0,99 Satisfactorio.</li> <li>7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior: 0 Pesos, Satisfactorio.</li> <li>8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS: 3 informes, Satisfactorio.</li> <li>9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo: 0,88, Insatisfactorio.</li> <li>10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya: 1, Satisfactorio.</li> <li>11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 Compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya: 1 Satisfactorio.</li> <li>21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación: 0,85 Satisfactorio.</li> <li>22. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE: 1 Caso, insatisfactorio.</li> <li>23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva: 1,00 Satisfactorio.</li> <li>24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo: 1,00, Satisfactorio.</li> <li>25. Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas: 0,002, Satisfactorio.</li> <li>26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general: 2,49 días, Satisfactorio.</li> </ol> <p>Este es el instrumento idóneo para la toma de decisiones por parte de gerencia frente a los resultados de los indicadores de gestión.</p>
--	--	---	---

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 7-47
	<b>VERSION: 2</b>	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>En el cuarto trimestre de 2023 la profesional especializada de Planeación de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaria de Planeación Municipal realizó la revisión de los resultados del FURAG de la vigencia 2022 y junto con los líderes de Políticas y equipo de apoyo, se construyó el Plan de Acción MIPG 2023-2024, plan que fue revisado por la Secretaria de Planeación municipal, por otra parte, la profesional especializada de Planeación realizó la actualización del documento Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Con este control se estructura un plan de acción MIPG y se garantiza el cumplimiento de los objetivos institucionales.</p>
		<p>El jefe de la oficina asesora de planeación presentará el seguimiento del Plan de acción de MIPG de forma trimestral a través del comité CIGD para la toma de decisiones frente a las actividades no alcanzadas, dejando registro en las actas del comité del CIGD.</p>	<p>El jefe de la oficina de Planeación presentó en el comité CIGD el Plan de Acción MIPG 2023-2024 y actualización del documento Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual fue aprobado en comité CIGD del mes de diciembre de 2023 (Acta No.17). Con este control se garantiza el cumplimiento del plan de acción MIPG y la toma de decisiones oportunas de parte de la gerencia.</p>
R. OP-25	<p>Posibilidad de afectación disciplinarias, administrativas y sanción económica por organismos de control debido al incumplimiento en la realización del plan</p> <p>Anticorrupción y de atención al ciudadano para la vigencia y reporte en el tiempo establecido por la norma vigente.</p>	<p>El profesional apoyo de la Oficina Asesora de Planeación encargado del procedimiento del PAAC asesora a todos los líderes de procesos en la construcción del mapa de riesgos de corrupción, aplica encuestas a la ciudadanía y funcionarios para la construcción y consolidación de todos los componentes del PAAC.</p>	<p>Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.</p>
		<p>El jefe de la Oficina Asesora de Planeación revisa el PAAC y da su aprobación para que este sea presentado por el profesional de apoyo ente el comité CIGD para la aprobación y realiza publicación en la página web a 31 de enero de cada vigencia.</p>	<p>Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.</p>




	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 8-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-26	Posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por envío Inoportuno del líder en la información para publicación en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.	El líder de comunicaciones enviará 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 evidencian 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. Con esto se asegura la actualización de la página web con la información relevante para publicar según las actividades desarrolladas institucionalmente, por esta razón el control resulta efectivo.
		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)	Se evidencia lista de chequeo del periodo evaluado, asegurando la profesional de comunicaciones que con su diligenciamiento se realicen las publicaciones requeridas por los líderes de proceso. El control resulta efectivo ya que se garantiza la oportunidad en la publicación de la información relevante para la ESE ISABU en la página web institucional.
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.	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.	El jefe de la oficina de planeación presenta oficio de 18/12/2023 con radicado No. 5002 en el que manifiesta que, para el cuarto trimestre de 2023, no se presentaron necesidades para la estructuración de proyectos de inversión.
		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.	El jefe de la oficina de planeación presenta oficio de 18/12/2023 con radicado No. 5002 en el que manifiesta que, para el cuarto 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.

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 9-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-28	Posibilidad de afectación administrativa en el cumplimiento del plan de desarrollo por no realización y publicación de los boletines informativos.	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)	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.  <b>Comentario OCI:</b> El control menciona que el boletín será aprobado por el gerente y /o jefe de la oficina asesora de planeación, sin embargo, de esta aprobación no se genera evidencia que pueda llegar a ser suficiente para demostrar el cumplimiento del control de manera completa. Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario que el control se estructure y se analice la viabilidad de modificar su contenido con lo que realmente se desarrolla en ejecución de este.
		El líder de comunicaciones realizará la publicación del boletín aprobado en página web institucional. (Inicio de Implementación mes de junio)	Este control es efectivo ya que permite ser un canal de comunicación de las actividades tanto para la ciudadanía como para la ESE ISABU.  Se evidencia la publicación de los boletines correspondientes al periodo evaluado, es decir octubre, noviembre y diciembre. Teniendo en cuenta lo anterior, la oficina de control interno al momento de la evaluación de controles realiza verificación de la situación evidenciando la publicación y con esto la efectividad del control.
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, fechas relevantes del sector salud en las cuales se requiera un despliegue del área de comunicaciones. Este cronograma se encuentra publicado en la página web institucional.  Este control es efectivo toda vez que se evidencia la planificación de las actividades institucionales, fechas relevantes del sector salud 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	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)	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.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 10-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

	piezas gráficas y audiovisuales de la entidad.	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)	En el informe se toma una captura de pantalla de la publicación realiza de las piezas publicitarias diseñadas y efectivamente publicadas en las redes sociales y página web de la ESE ISABU, asegurando con ella la actualización de los diferentes medios de comunicación de la ESE ISABU.
--	--	---	---


**Evaluación de la efectividad de los controles:** En la evaluación realizada a los riesgos y los controles de comunicaciones, se analizó con la profesional del área, la posibilidad de modificar algunos de los controles, ya que no se están llevando en la forma como se plantearon o resultan poco eficaces para mitigar el riesgo. Parte del anterior análisis surge de la falta de aplicación de los controles en trimestres anteriores, concluyendo que estos estaban o mal diseñados o no impactaban de manera positiva en la mitigación del riesgo.

**Recomendación de control interno:** Esta oficina de control interno recomienda a la líder de comunicaciones y el líder del proceso de planeación revisar los controles aplicados a los riesgos del área, con el fin de identificar cuáles de ellos no resultan adecuadamente diseñados y si estos se ejecutan como fueron diseñados.

## 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.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 11-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 2.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (IV 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	<p>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</p> <p><b>PRODUCTO ENTREGABLE:</b> Listas de chequeo aplicada firmada por el líder del proceso</p>	<p>Se evidencia listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente, correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2023, obedeciendo al cronograma establecido previamente. Durante el periodo evaluado se realizó dos (2) rondas al servicio de Urgencias HLN, una (1) ronda a sala de partos HLN, Hospitalización, cirugía y central de esterilización.</p> <p>En la UIMIST se realizó una ronda a todos los servicios prestados en general. Con esto se cumple el cronograma al 100%.</p> <p>El control resulta efectivo, ya que funciona como herramienta efectiva para detección oportuna de riesgos que pueden llegar a causar un incidente.</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.</p> <p><b>PRODUCTO ENTREGABLE:</b> Actas de Comité Integrador</p>	<p>Se evidencia acta de Comité Integrador del 19 de octubre de 2023, correspondiente al tercer trimestre (julio, agosto y septiembre de 2023), en el cual se expone los eventos adversos presentados, haciéndose un análisis pormenorizado de las razones por las cuales se pudo haber presentado el evento adverso.</p> <p>De igual manera se realiza un análisis comparativo entre el primer, segundo y tercer trimestre. Se presentan las acciones de mejora, los resultados y las recomendaciones frente a los eventos.</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	Posibilidad de pérdida económica, perdida 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>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><b>PRODUCTO ENTREGABLE:</b> 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 noviembre de 2023 y las matrices de seguimiento semaforizadas a corte de noviembre de 2023, evidenciándose que las acciones se cumplen según lo programado al cronograma. Este sería el ultimo seguimiento, para realizar cierre con corte a 30 de noviembre de 2023.</p> <p>El reporte resulta positivo ya que se cumplieron con las 247 acciones programadas.</p>

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 12-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


			Este control resulta efectivo ya que le proporciona a la oficina de Calidad, las alertas oportunas para intervenciones tempranas en momentos de posibles incumplimientos y llevar un registro de las acciones que se cumplen.
		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 PRODUCTO ENTREGABLE: Acta de reunión	Se evidencia acta de grupo transversal de la mejora continua de 03/08/2023, donde se presentó a la Gerencia y equipo directivo el cumplimiento del PAMEC con corte al cuarto trimestre de 2023 el cual fue positivo ya que se cumplieron en su totalidad las actividades programadas.
R. OP-33	Posibilidad de pérdida de imagen, pérdida de contratos por parte de las eps, sanciones administrativas, multa y sanción del ente de regulador, debido a el incumplimiento en los estándares de habilitación de acuerdo a la 3100 del 2019, por falta de autoevaluación y retroalimentación de los hallazgos encontrados por parte de la oficina de calidad.	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. PRODUCTO ENTREGABLE: Lista de chequeo de autoevaluación de habilitación aplicada en los servicios o proceso según cronograma Pantallazo de correo de socialización de informe de hallazgos.	De este control se dio cumplimiento en su totalidad en el tercer trimestre de 2023.
		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 PRODUCTO ENTREGABLE Matriz de seguimiento trimestral Pantallazo de envío de incumplimiento al plan de mejora	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 con corte a 30 de diciembre de 2023 de áreas como talento humano e infraestructura.  Se evidencia informe en el cual se expone el cumplimiento de las actividades programadas para el 2023 y las actividades priorizadas para cumplimiento en la vigencia 2024.

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 13-47
	<b>VERSION: 2</b>	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 PGIRHS	Se evidencian auditorias del periodo evaluado (octubre y noviembre de 2023) 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 quince (15) listas de chequeo en octubre y trece (13) en noviembre cumpliendo con esto con el 100% del cronograma previamente establecido para la vigencia 2023. 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 en 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 cuarto trimestre de 2023, se llevó a cabo la solicitud de apertura de la modalidad de Telemedicina en el servicio de medicina general del Café Madrid y en la modalidad de telemedicina en el servicio de medicina interna del HLN. Se evidencia la solicitud de apertura por parte de subgerencia científica, la autoevaluación de cumplimiento de los estándares de habilitación, notificación de apertura de modalidad requerida.  De igual manera se observa la solicitud de apertura del servicio de Cuidado Intermedio Adulto del HLN, la autoevaluación y el informe generado notificando el incumplimiento de algunos estándares, lo que impide la apertura del servicio.  Con este control se logra verificar previamente a la apertura de un servicio el cumplimiento de los estándares de habilitación.

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 14-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP- 36	<p>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</p>	<p>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</p> <p><b>PRODUCTO ENTREGABLE: MATRIZ DE PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA EXTERNA</b></p> <p>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.</p> <p><b>PRODUCTO ENTREGABLE: MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA EXTERNA</b></p>	<p>Se evidencia matriz de seguimiento e informe de seguimiento de planes de mejoramiento en la cual se señala el cumplimiento del 100% de las acciones plasmadas en los planes de mejoramiento de cuatro (4) planes vigentes para el periodo evaluado. Con esto se da cumplimiento a la totalidad de planes de mejoramiento vigentes con EPS y entes externos.</p> <p>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 auditorías, con el fin de cumplir con las acciones de mejora.</p>
R. OP-37	<p>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</p>	<p>El 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.</p> <p><b>PRODUCTO ENTREGABLE: Pantallazo de correo con envío de tablero de Excel Tablero de Excel mensual con el detallado por semanas</b></p> <p>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.</p> <p><b>PRODUCTO ENTREGABLE Acta de grupo primario trimestral con análisis de indicadores</b></p>	<p>Se evidencian toma de captura de pantalla de los correos enviados durante el periodo evaluado de manera semanal por el técnico de apoyo a indicadores a las directoras técnicas de zona, en los cuales se identifican los tableros de indicadores de la resolución 1552. Se evidencian dos (2) tableros ya que se discrimina la información de OIM y el otro corresponde a la información de otras EPS.</p> <p>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.</p> <p>Se evidencia acta de grupo primario de la oficina de calidad del 05/01/2024 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.</p>

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 15-47
	<b>VERSION: 2</b>	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 (IV 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. 14 de CIGD de 18 de octubre de 2023 en la cual se presenta el análisis de la oportunidad de la consulta de medicina general que se encuentra en 2,4 días, cumpliendo con el estándar meta que es de 3 días y en odontología de primera vez se encuentra en 2,1 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, permitiendo que 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. En el periodo evaluado no se presentó oportunidad superior a los tres días, sin embargo, con el fin de satisfacer la demanda, se implementó la estrategia de 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.  <b>Comentario OCI:</b> Se evidencia poca efectividad en el primer control, ya que el mismo se basa en capturas de pantalla del chat en los cuales se tratan, entre otros temas, los relacionados con el control.  Teniendo en cuenta lo anterior se recomienda la modificación del producto o

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



	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 16-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			<p>revisar la posibilidad de eliminar el primer control.</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 octubre a diciembre la oportunidad ha mejorado de manera considerable, logrando la atención del paciente el mismo día.</p> <p>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>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>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>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 cuadro de Excel con la disponibilidad de especialistas, la fecha y hora en la cual los especialistas están prestando el servicio del trimestre evaluado.</p> <p>Este control resulta efectivo para verificar la puntualidad y la prestación del servicio. La medición del indicador resultó satisfactoria toda vez que todas las citas fueron reprogramadas oportunamente.</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, perdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a no cumplimiento de las metas de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud (RMPS)</p>	<p>Directoras técnicas y Coordinadora de Promoción y Prevención Organizaran jornadas de P y P, 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 14, fueron organizadas por la Coordinadora de P y P y las directoras técnicas, quienes se encargaron de cumplir con las actividades al 100% según cronograma del periodo evaluado.</p> <p>Anexo informe donde analiza el cumplimiento de las actividades con sus respectivas fechas de cumplimiento y archivos fotográficos del cumplimiento de las actividades.</p>

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 17-47
	<b>VERSION: 2</b>	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 79% en el periodo evaluado.</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>
--	--	--	---

**Evaluación de la efectividad de los controles:** En la evaluación realizada a los riesgos y los controles de Gestión ambulatorios, se identificó que algunos de los controles, no se encontraban diseños correctamente con el fin de mitigar el riesgo, específicamente, se logró identificar que el control No. 1 del riesgo 39 refiere poca efectividad, ya que el mismo se basa en capturas de pantalla del chat en los cuales se tratan muchos, entre ellos los relacionados con el control.

**Recomendación de control interno:** Esta oficina de control interno recomienda a las directoras técnicas modificar el control o analizar la posibilidad de eliminar el primer control, debido que con el segundo se estaría cumpliendo con lo requerido para la mitigación del riesgo.

#### 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 (IV 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

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 18-47
	<b>VERSION: 2</b>	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 durante el cuarto trimestre.</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 (IV TRIMESTRE 2023)
R. OP-43	Posibilidad de afectación económica, disciplinaria, legal, de imagen, por sanción del ente regulador y/o de control, demandas 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 PQRSD.	<p>Se evidencia seguimiento diario discriminado por meses correspondientes al cuarto trimestre de 2023 (octubre, noviembre y diciembre de 2023) 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.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 19-47
	<b>VERSION: 2</b>	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>Para el año 2023, a pesar de las modificaciones en los términos para dar respuesta a las PQRS, se tomaron las medidas oportunas por parte de Gestión Atención al Usuario con el fin de evitar extemporaneidad en la respuesta de las PQRS, siendo el balance positivo durante toda la vigencia, ya que todas las PQRS fueron resultas en los términos de ley.</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 (IV 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.


	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 20-47
	<b>VERSION: 2</b>	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 informe del periodo evaluado, en el cual el líder de enfermería reporta que se verificó los elementos, material probatorio y evidencia física recolectada de los casos presentados, los cuales fueron rotulados y embalados correctamente de acuerdo al procedimiento institucional establecido.</p> <p>Adicionalmente un funcionario de la Fiscalía General de la Nación impartió capacitación referente a cadena custodia, absolviendo dudas del tema y apropiando mucho más del proceso al personal de enfermería de la ESE ISABU.</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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 21-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


## 7.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE INTERNACIÓN			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (IV TRIMESTRE 2023)
R. OP-45	Posibilidad desafectación por perdida económica y administrativa por omisión de los auxiliares de enfermería al no realizar suministro de medicamentos ordenados por el medico en el sistema panacea, generando demora en la salida de los pacientes.	El líder de enfermería de internación realizara dos auditorias en el mes al suministro de medicamentos realizada por los auxiliares de enfermería en el sistema panacea, con el objetivo de identificar la omisión causada por estos, evidenciado mediante informe.	<p>Se evidencia informe correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2023, en el cual se realiza auditoría interna al suministro de medicamentos en la plataforma PANACEA, identificando que en los meses de octubre y noviembre se disminuyó la omisión en el suministro de medicamentos en el sistema PANACEA, pasando de un 8,8% a 7,4% respectivamente.</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.</p> <p>Este control tiene la función principal de prevenir pérdidas económicas por la falta de cobro de medicamentos en el proceso de facturación.</p>

## 8. RIESGOS GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS

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

**R. OP- 46:** Alto

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 22-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


## 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 (IV 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. De los resultados obtenidos se estructura un informe en el cual la líder de proceso de cirugía analiza el indicador y realiza recomendaciones para la mejora del proceso.  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 y las recomendaciones que haya a lugar para mejorar la calidad del dato. 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


	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 23-47
	<b>VERSION: 2</b>	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 (IV TRIMESTRE 2023)
R. OP-47	<p>Posibilidad de demandas por la afectación de la salud y/o muerte de un usuario, sanciones por parte de los entes de vigilancia y control, incumplimiento de los indicadores de los contratos suscritos en la modalidad de pago por capitación, por inadecuada planeación de las necesidades de medicamentos, insumos y dispositivos médicos y realización de la solicitud de requerimiento de forma oportuna con el fin que se gestione el proceso de adquisición y suministro de los mismos a las diferentes áreas.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que permite una planeación adecuada de compras y se realiza seguimiento a las existencias.</p>
		<p>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</p>	<p>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.</p> <p>Este control es efectivo ya que se anticipa a los faltantes de acuerdo a la información suministrada por el proveedor, permitiendo buscar estrategia para minimizar la posibilidad de materialización del riesgo.</p>
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 evidenciará 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. En este informe se dejan plasmadas las diferencias y se ajustan en el sistema o en el Drive, logrando minimizar el riesgo. En el periodo evaluado, en el mes de octubre y diciembre no se presentaron inconsistencias, mientras que en el mes de noviembre se presentaron 13 de 1433 actividades, evidenciando la efectividad del control, ya que se pudieron detectar a tiempo.</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>

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



	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 24-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


## 10. RIESGOS GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIO CLÍNICO

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

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


### 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 (IV 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 17/10/2023, y 17/11/2023 en las cuales se capacita en nuevo algoritmo diagnóstico de dengue y sobre venopunción de pacientes de difícil acceso.  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.  Para el periodo evaluado se aplicó lista de chequeo en los centros de salud de Joya, Mutis, Bucaramanga, Kennedy y Girardot. De los resultados obtenidos se elabora un informe que es enviado al área de Calidad en el marco del seguimiento al PAMEC institucional.  Este control resulta efectivo ya que permite ofrecer seguridad en el procesamiento y resultado de exámenes tomados en los centros de salud.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 25-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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.	<p>Se evidencia informe del trimestre evaluado en el cual se realiza seguimiento a la adherencia a las capacitaciones impartidas por la oficial de protección radiológica- coordinación de radiología, en las que se detectaron las fallas más recurrentes en el proceso de agendamiento y facturación de los estudios radiológicos. En el informe se toman las medidas de manera oportuna con el fin de corregir las desviaciones evidenciadas. El cronograma de capacitaciones se cumplió al 100%.</p> <p>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 asignación de citas y facturación de estudios imagenológicos. De igual manera permitió identificar otras debilidades que están siendo analizadas por el área de facturación.</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>Se evidencia formato de control de errores de facturación del trimestre evaluado, 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	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>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%. De esto se genera un informe final del periodo evaluado donde se recoge las conclusiones aquí expuestas.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que se evitan quejas, acciones legales ante el desconocimiento del usuario ante el procedimiento a realizar.</p>

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 26-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 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


### 11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (IV TRIMESTRE 2023)
R. OP-52	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demora de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	El auxiliar de enfermería del área de vigilancia verifica semanalmente y mensualmente los diagnósticos que generan los RIPS con lo reportado en el sistema de vigilancia epidemiológica, en caso de no hacer reporte por el médico responsable del reporte se notifica de manera inmediata se notifica a la jefe del centro de salud para realizar la respectiva notificación al sistema de vigilancia epidemiológica, de lo cual se entregara un informe de forme semanal y mensual.	Para el cuarto 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.
R. OP-53	Posibilidad de afectación por perdida reputacional, administrativa y en salud del paciente, por falta de adherencia al protocolo de sífilis gestacional y congénita por parte del personal de salud y no adherencia al tratamiento por parte de la gestante, debido a la no tamización con pruebas rápidas al ingreso del control prenatal por parte del personal de salud.	La líder de la ruta materno perinatal realiza revisión a gestión de riesgos de ingresos diario a control prenatal con su respectiva tamización para sífilis con prueba rápida utilizando herramienta de Excel con posterior 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.  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	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.  Este control resulta efectivo ya que se logra tener un control más preciso de las gestantes y además para garantizar el tamizado de manera oportuna con las pruebas rápidas a la gestante.  Se evidencia archivo de Excel denominado "SEGUIMIENTO DE SIFILIS GESTACIONAL", en el cual se consigna cada una de las gestantes con el diagnostico de sífilis gestacional acumulado en el año, así como el respectivo tratamiento y continuidad del seguimiento en el control

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


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

		seguimiento se realiza según los casos confirmados con el diagnóstico.	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	<p>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>	<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>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, con un 96% de adherencia a las guías de manejo.</p> <p>Este control es efectivo, ya que es el insumo general para el desarrollo del programa, mantenerlo actualizado minimiza el riesgo de errores en el desarrollo del programa de riesgo cardiovascular.</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 Informe de evaluación de aplicación de la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión 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.</p> <p>Los resultados de la auditoría son socializados con la subgerencia científica, calidad, dirección HLN, jefes de zona y la líder de la unidad.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que se evidencia en muy buen porcentaje la adherencia de los médicos al programa de riesgo cardiovascular.</p>

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 28-47
	<b>VERSION: 2</b>	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	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>Se envió el formato de autoapreciación correspondiente al segundo semestre de las unidades operativas, dándole diligenciamiento y aplicación, del cual se extrajo un porcentaje de cumplimiento general del 90.6%, lo cual indica la necesidad de revisar los temas clave que no se cumplen y aquellos con cumplimiento parcial para incluirlos en el en el plan de acción y realizar su desarrollo en el mediano plazo.</p> <p>En los Comités IAMII se socializaron los resultados de la autoapreciación semestral, al igual que el plan de acción con las actividades correspondientes por cumplimiento por parte de las unidades operativas y del programa IAMII.</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>
		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>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>La socialización del plan de acción se realizó en el Comité No. 6 soportado en el acta de Comité IAMII No. 6 correspondiente al 27/12/2023. El seguimiento que debe realizar la Líder de salud infantil solo se podrá verificar hasta la vigencia 2024, ya que el plan de acción tiene cumplimiento hasta el mes de febrero debido a que su plazo es semestral, cuando se aplique la nueva autoapreciación.</p>

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 29-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-56	<p>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>	<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 como IPC, Regaderos y Santander del periodo evaluado, en el cual la Coordinadora PAI verifica la continuidad de la cadena de frio razón por la cual a estos centros de salud se le realiza contingencia en el Centro de Salud Kennedy y Centro de Salud Girardot respectivamente, en el caso de la zona norte de lunes a viernes y fines de semana y festivos en el HLN. En relación con el centro de salud Santander la contingencia se realiza de lunes a domingo en el centro de salud Girardot y si es festivo en el HLN.</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 el personal que manipula vacunas se encuentre constantemente capacitado en la temática relacionada con la Red de frio y plan de contingencia ante falla de fluido eléctrico garantizando que la temperatura de los biológicos sea adecuada de conformidad a la normatividad y a su vez permite una vacunación efectiva.</p>
R. OP-57	<p>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.</p>	<p>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>	<p>Se evidencia matriz de seguimiento donde se reportan las actividades ejecutadas para dar cumplimiento al trimestre, organizada por EPS y cursos de vida. Este seguimiento determina un cumplimiento del trimestre evaluado por cada una de las EPS.</p> <p>Para cada EPS tenemos los siguientes cumplimientos evaluando el año 2023 para COOSALUD: 82%. En el caso de NUEVA EPS se cumplió con 74,2% a corte noviembre de 2023 y con SANITAS cumplimiento de 41.2% con corte a octubre de 2023. En cumplimiento del plan de acción, se realizó una (1) capacitación relacionada con Diabetes.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que permite llevar un seguimiento de las actividades contratadas por cada EPS, evitando descuentos a la cápita.</p>

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 30-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 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 (IV 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.	Este control se cumplió en el tercer trimestre, adicionalmente se está diligenciando correctamente el formato de pedidos. Este control resulta efectivo ya que se garantiza una mayor organización en el área, garantizando la correcta entrega de los insumos solicitados.
		Realizar auditorías mensuales de acuerdo a cronograma establecido y a los centros de salud priorizados	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: Bucaramanga, Cristal Alto, Libertad, Pablo VI, Rosario, Santander Toledo Plata. HLN y UIMIST. En estas actividades de auditoría se cruza 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.  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


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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 31-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			<p>resultados que demuestran la mejora continua del área.</p> <p>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 pérdida de activos de inventariados a cargo de los colaboradores debido a falta de adherencia al procedimiento de manejo y control de inventarios y falta de supervisión del contratista para que finalizado el contrato haga entrega efectiva de los bienes a su cargo</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 Mutis, Morrórico, Rosario, Santander, Toledo Plata y Pablo VI.</p> <p>De las actividades de inventario aleatorio se evidenció que todos los activos se encontraban en el lugar destinado y reportado en el control manejado por el área. 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 periodo evaluado, es decir 1 de octubre de 2023 a 31 de diciembre de 2023. De igual manera se evidencia reporte del cumplimiento del mantenimiento del equipo industrial de uso hospitalario, aires acondicionados, neveras, refrigeradores, congeladores, plantas eléctricas motobombas, parque automotor y ascensores.</p> <p>Se evidencia cinco (5) 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>


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



	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 32-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			Este control resulta efectivo ya que garantiza el funcionamiento de los equipos evitando paralización en la prestación del servicio, alargando su vida útil.
R. OP-61	Posibilidad de pérdida económica, sanción del ente de control y sobrecostos por daño en la infraestructura debido al incumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo o incumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la habilitación de la ESE ISABU.	El coordinador de mantenimiento a la infraestructura realizará seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a la infraestructura y de cumplimiento a la normatividad vigente en cuanto a la habilitación	<p>Se evidencia informe de cumplimientos 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 (octubre, noviembre y diciembre) 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 cuarto trimestre del 2023. La medición de este indicador arrojó el 90% de cumplimiento.</p> <p>Como evidencia del cumplimiento de las actividades del personal de apoyo para el mantenimiento de la infraestructura, se diligencia el formato "Plan de Trabajo" en el cual se deja reporte de las actividades adelantadas y el recibo a conformidad por parte de la jefe del servicio o centro de salud. Se evidencian los formatos correspondientes al periodo evaluado.</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	El jefe Almacenista General realizará en el primer semestre la revisión de documentos anexos al procedimiento baja de activos generando un acta donde se evidenciarán las modificaciones requeridas.	Esta actividad se ejecutó en los dos primeros trimestres del año 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.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 33-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


		El profesional en recursos físicos realizará actualización de documentos anexos al procedimiento baja de activos en el segundo semestre.	Se evidencia procedimiento denominado "Baja de activos" codificado por el área de calidad, que se implementara en la primera baja que se realice en la vigencia 2024.
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	El Almacenista General realizará en el primer semestre la revisión de documentos anexos al procedimiento de Entrada, salida y traslado de activos e insumos generando un acta donde se evidenciarán las modificaciones requeridas.	Esta actividad se ejecutó en los dos primeros trimestres del año 2023,
		El almacenista General realizar la actualización de documentos anexos al procedimiento de Entrada, salida y traslado de activos e insumos en el segundo semestre.	Se evidencia procedimiento denominado "Entrada y Salida de activos" codificado por el área de calidad, el cual ya se está implementando en el área de Recursos Físicos.
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 procedimiento denominado "Toma Física de Inventarios" codificado por el área de calidad, que se implementara en la primera baja que se realice en la vigencia 2024.

### 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

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


	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 34-47
	<b>VERSION: 2</b>	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 (IV 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 informe detallado de operación y funcionamiento de antivirus BITDEFENDER correspondiente al cuarto trimestre de 2023, en el cual se detalla que el antivirus bloquea una amplia gama de ataques informáticos, como virus, malware y phishing de conformidad a su base de datos definida. Sin embargo, debido a la constante generación de nuevas amenazas y la actualización continua de las bases de datos, es imposible bloquear el 100% de estas amenazas. Aproximadamente el 14% de los intentos de acceso corresponde a amenazas no registradas en la base de datos actual, pero que representan accesos de bajo impacto.</p> <p>En cuanto al informe de firewall, correspondiente al cuarto trimestre de 2023, se pudo identificar que el firewall ha cumplido adecuadamente su función, bloqueando amenazas, garantizando la integridad de los datos y protegiendo la red contra ataques maliciosos.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que permite crear un túnel de seguridad cifrada entre la red de la entidad y la red pública externa, garantizando la protección de los datos y los servicios de la entidad.</p>
R. OP-66	Posibilidad de pérdida de confidencialidad, integridad y seguridad de los activos y de información, por no ejecutar las actualizaciones de seguridad necesarias para la protección de atacante cibernéticos en los sistemas de información principal de la entidad.	El Ingeniero Administrador de la Base de datos, realizará revisión de forma periódica, realizando la actualización de Base de datos, del sistema de información y la maquina o servidor donde se aloja la misma, con las actualizaciones de Seguridad si se requiere o cuando el proveedor notifique de alguno urgente que se debe aplicar y se generará Informe de actividades realizadas de manera semestral donde se evidencia las actualizaciones aplicadas.	Se evidencia informe de actividades de mejora en el software PANACEA, correspondiente al segundo semestre de 2023, concluyendo que es fundamental la instalación periódica de la versión que por normativa emite el proveedor del servicio, en este caso CNT. Es precisamente por esta razón que es efectivo el control ya que garantiza la operación de los servicios 24/7.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 35-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

R. OP-67	Posibilidad de Pérdida de información y no disponibilidad de los servicios que presta la entidad debido a fallas en los PC y servidores por falta de mantenimientos, actualizaciones, remplazo de elementos obsoletos y Ausencia de un esquema de contingencia.	El ing. líder de infraestructura coordinará mantenimientos preventivos de equipos de cómputo y servidores, evidenciado el cumplimiento mediante un informe cuatrimestral.	Se evidencia informe de mantenimientos preventivos No. 3, 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 acumuladas del año, invirtiendo un total de 520 equipos.  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.
		El ing. líder de infraestructura realizara monitoreo de disponibilidad de servidores a través de plataforma Proxmox y se evidenciara mediante informe semestral	Se evidencia informe denominado "Disponibilidad de servidores físicos y virtuales" en el cual se concluye que, durante el período analizado, los servidores físicos y virtuales mantuvieron un alto nivel de disponibilidad, con un tiempo de actividad del 99.5%. Este indicador refleja la efectividad de las estrategias implementadas para garantizar la continuidad de los servicios de tecnología de la información, es por esta razón que el control resulta efectivo.
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 evidencian procedimientos denominados "evaluación soporte y mantenimiento preventivo y correctivo de hardware" y "licenciamiento de equipos de cómputo", codificado por calidad. A la fecha los dos procedimientos se están implementando en el área.
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)	En reunión el área de sistemas analizó una a una las actividades del PETI vigencia 2023, identificando modificaciones en las actividades, tiempos de entrega, producto entregable e indicador, lo anterior con el fin de estructurar el PETI para la vigencia 2024. Se evidencia cuadro de proyección de las actividades por planes de acción, incluido el PETI.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 36-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


## 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


### 14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN FINANCIERA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (IV TRIMESTRE 2023)
R. OP-70	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de tesorería por desactualización del documento	El líder de Tesorería realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.	Mediante oficio de 29/12/2023 la subgerente administrativa manifiesta que la totalidad de las actividades establecidas para la ejecución de controles del mapa de riesgo operacionales de Gestión Financiera se encuentran cumplidas en su totalidad en el tercer trimestre de 2023, por lo tanto, se abstiene de enviar evidencias ya que las mismas fueron presentados en las mesas de trabajo realizadas con la oficina de control interno.
R. OP-71	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de contabilidad por desactualización del documento	El líder de Contabilidad realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.	<b>Comentario OCI:</b> Teniendo en cuenta lo anterior, la oficina de control interno no realiza seguimiento alguno, correspondiente al cuarto trimestre de 2023 ya que en efecto se verificó el cumplimiento de las actividades para el desarrollo y ejecución de los controles.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 37-47
	<b>VERSION: 2</b>	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	El líder de Presupuesto realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.
R. OP-73	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de costos por desactualización del documento	El líder de Costos realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.
R. OP-74	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de facturación por desactualización del documento	El líder de Facturación realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.
R. OP-75	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de cartera por desactualización del documento	El líder de Cartera realiza diagnóstico del subproceso a su cargo, documentando de ser necesario la actualización de caracterización y de los procedimientos a cargo. De lo realizado deberá constar en documento para una vez aprobado por la subgerencia administrativa se codifique por la Oficina Asesora de Calidad. El Líder debe socializar al grupo a cargo los nuevos documentos, ya sean actualizados o creados.

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 38-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 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 (IV 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 diagnostico para la actualización del procedimiento de recepción de comunicaciones anexos mediante acta de grupo primario en el 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 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 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 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.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 39-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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
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 identifica el cumplimiento de la totalidad de las transferencias proyectadas para la vigencia 2023. Para el periodo evaluado, se tenían programadas Tesorería, presupuesto y almacén que se cumplieron al 100%, de igual manera se tenía programada la entrega de planeación, lo cual se cumplió según reprogramación de fechas.  El cumplimiento del cronograma para la vigencia 2023 se encuentra cumplido en su totalidad. Teniendo en cuenta lo anterior, el control resulta efectivo ya que permite el control y acceso a la información que compone el archivo central.
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.

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



	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 40-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

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.
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 el proceso de digitalización según el programa de reprografía en cumplimiento del cronograma previamente establecido. Para el periodo evaluado se tenía programada Nóminas y actas de cremación, las cuales se cumplieron al 100%. Este control resulta efectivo ya que al digitalizar estamos disminuyendo el riesgo de pérdida de la información y preservar la documentación a largo plazo.

## 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 (IV 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.	Se evidencia procedimiento de publicación de SIA OBSERVA actualizado y codificado por la oficina de calidad. El procedimiento se está implementando a la fecha.
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.	Se evidencia procedimiento de reconstrucción de expedientes actualizado y codificado por la oficina de calidad. El procedimiento se está implementando a la fecha.

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


	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 41-47
	<b>VERSION: 2</b>	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 tercer cuatrimestre del año (septiembre, octubre, noviembre y 15 de diciembre de 2023).</p> <p>Se evidencia archivo en Excel en el cual se detalla la muestra correspondiente al 30% de la contratación adelantada durante el tercer cuatrimestre del año, es decir de 263 contratos se revisaron 79 contratos en calidad de muestreo.</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 es efectivo ya que permite identificar las falencias en el archivo de contratos de la oficina, subsanarlas con anterioridad a posibles auditorias de los entes de control.</p> <p><b>Recomendación OCI:</b> Debido a los hallazgos identificados en la auditoría realizada por la oficina de control interno, los cuales guardan relación directa con este riesgo, se recomienda verificar el control, analizando la pertinencia de ampliar el rango de la muestra, ya que en las revisiones realizadas por esta oficina aún se detectan falencias.</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>Se evidencia archivo en Excel con la matriz de seguimiento a los derechos de petición correspondientes a corte 15/12/2023. 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. 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>

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 42-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		<p>El jefe Oficina Asesora Jurídica semestralmente entregará a Gerencia un informe de las peticiones recibidas en el cual se evidenciará el tiempo de respuesta de cada uno, dando finalmente un informe de la efectividad del control mensual.</p>	<p>Se evidencia informe sobre las peticiones presentadas a la entidad, compilado de la vigencia 2023. Se concluye que la entidad dio respuesta a la totalidad de los derechos de petición presentados por la ciudadanía y usuarios. Este control resulta efectivo ya que evita la presentación de acciones de tutela contra la entidad por vulneración al derecho de petición.</p>
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 31/12/2023 en la cual se relaciona la revisión del 100% de la contratación adelantada durante la vigencia, encontrándose materialización del riesgo, como también lo detecto la oficina de control interno en los seguimientos mensuales realizados.</p> <p><b>COMENTARIO OCI:</b> Si bien el control es efectivo para detectar las extemporaneidades y estas son objeto de revisión por parte de la oficina asesora jurídica; en mesa de trabajo con Planeación, se acordó no modificar los controles, pero si cambiar la manera en que se ejecuta, ya que anteriormente la misma persona que reportaba realizaba el seguimiento al control, resultando esta medida poco efectiva. Para la vigencia 2024, una persona diferente realizará el seguimiento a las extemporaneidades dentro de los tres (3) días hábiles al inicio del contrato.</p> <p><b>Recomendación de la oficina de control interno:</b> Se considera como tiempo prudencial un (1) mes para identificar la efectividad en la ejecución del cambio, de no llegar a surtir el efecto positivo que espera la modificación en la ejecución del control, se hace necesario tomar medidas definitivas frente al riesgo, modificando a controles efectivos que minimicen la materialización del riesgo.</p>

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 43-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


	<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 la masiva se genera en el mes de enero de 2024. Durante el periodo de 2023, se realizaron adicionales en la contratación, lo que generó que no se requiera la persona adicional.</p>
--	---	--

**Evaluación de la efectividad de los controles:** En lo que respecta al riesgo No. 82, esta oficina anotó que, debido a los hallazgos identificados en la auditoría realizada por la oficina de control interno, los cuales guardan relación directa con este riesgo, se recomienda verificar el control, analizando la pertinencia de ampliar el rango de la muestra, ya que en las revisiones realizadas por esta oficina aún se detectan falencias.

Respecto al riesgo No. 87, la profesional de oficina asesora jurídica mencionó que, si bien el control es efectivo para detectar las extemporaneidades y estas son objeto de revisión por parte de la oficina asesora jurídica; en mesa de trabajo con Planeación, se acordó no modificar los controles, pero si cambiar la manera en que se ejecuta, ya que anteriormente la misma persona que reportaba realizaba el seguimiento al control, resultando esta medida poco efectiva. Para la vigencia 2024, una persona diferente realizará el seguimiento a las extemporaneidades dentro de los tres (3) días hábiles al inicio del contrato.

**Recomendación de control interno:** Teniendo en cuenta lo anterior, en cuanto al riesgo No. 87 se considera como tiempo prudencial un (1) mes para identificar la efectividad en la ejecución del cambio, de no llegar a surtir el efecto positivo que espera la modificación en la ejecución del control, se hace necesario tomar medidas definitivas frente al riesgo, modificando a controles efectivos que minimicen la materialización del riesgo.

En cuanto al riesgo No. 82 es necesario que se analicen los controles y los riesgos establecidos, ya que como se ha identificado en los resultados de las auditorias de control interno este hallazgo se presenta, mientras que en los seguimientos de la oficina asesora jurídica no se evidencian.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 44-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


## 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 (IV 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 cuarto trimestre de 2023 (octubre, noviembre y diciembre), 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 e identificar el cumplimiento mensual del indicador.</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>

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 45-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- De los cuatro seguimientos realizados por esta oficina de control interno una situación se reitera, identificándose 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 correspondiente al cuarto trimestre de 2023, se detectó lo siguiente:

- En la evaluación realizada a los riesgos y los controles de comunicaciones, se analizó con la profesional del área, la posibilidad de modificar algunos de los controles, ya que no se están llevando en la forma como se plantearon o resultan poco eficaces para mitigar el riesgo. Parte del anterior análisis surge de la falta de aplicación de los controles en trimestres anteriores, concluyendo que estos estaban o mal diseñados o no impactaban de manera positiva en la mitigación del riesgo.

Por esta razón la oficina de control interno recomienda a la líder de comunicaciones y el líder del proceso de planeación revisar los controles aplicados a los riesgos del área, con el fin de identificar cuáles de ellos no resultan adecuadamente diseñados y si estos se ejecutan como fueron diseñados.

- En la evaluación realizada a los riesgos y los controles de Gestión ambulatorios, se identificó que algunos de los controles, no se encontraban diseños correctamente con el fin de mitigar el riesgo, específicamente, se logró identificar que el control No. 1 del riesgo 39 refiere poca efectividad, ya que el mismo se basa en capturas de pantalla del chat en los cuales se tratan muchos, entre ellos los relacionados con el control.

Esta oficina de control interno recomienda a las directoras técnicas modificar el control o analizar la posibilidad de eliminar el primer control, debido que con el segundo se estaría cumpliendo con lo requerido para la mitigación del riesgo.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 46-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

3. En lo que respecta al riesgo No. 82, esta oficina anotó que, debido a los hallazgos identificados en la auditoría realizada por la oficina de control interno, los cuales guardan relación directa con este riesgo, se recomienda verificar el control, analizando la pertinencia de ampliar el rango de la muestra, ya que en las revisiones realizadas por esta oficina aún se detectan falencias.

Respecto al riesgo No. 87, la profesional de oficina asesora jurídica mencionó que, si bien el control es efectivo para detectar las extemporaneidades y estas son objeto de revisión por parte de la oficina asesora jurídica; en mesa de trabajo con Planeación, se acordó no modificar los controles, pero si cambiar la manera en que se ejecuta, ya que anteriormente la misma persona que reportaba realizaba el seguimiento al control, resultando esta medida poco efectiva. Para la vigencia 2024, una persona diferente realizará el seguimiento a las extemporaneidades dentro de los tres (3) días hábiles al inicio del contrato.


Teniendo en cuenta lo anterior, la oficina de control interno recomienda que en cuanto al riesgo No. 87 se considera como tiempo prudencial un (1) mes para identificar la efectividad en la ejecución del cambio, de no llegar a surtir el efecto positivo que espera la modificación en la ejecución del control, se hace necesario tomar medidas definitivas frente al riesgo, modificando a controles efectivos que minimicen la materialización del riesgo.

En cuanto al riesgo No. 82 es necesario que se analicen los controles y los riesgos establecidos, ya que como se ha identificado en los resultados de las auditorias de control interno este hallazgo se presenta, mientras que en los seguimientos de la oficina asesora jurídica no se evidencian.

#### **Recomendaciones generales de lo evidenciado en la vigencia 2023**

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.

Pese al interés que se mostró por gestionar correctamente los riesgos por parte de los líderes, se continúa evidenciando que muchos riesgos no deberían estar priorizados en el mapa, dejando de lado otros que revisten mayor criticidad y mayor riesgo de materialización.

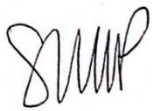
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 47-47
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

Se reitera, algunos controles no están debidamente diseñados y no aportan para minimizar la materialización del riesgo, por lo tanto, para la vigencia 2024 se recomienda realizar un trabajo de estructuración mucho mas consiente que determine un sistema de riesgos mucho más robusto.

Es deber de la oficina de control interno alertar a la Alta Dirección sobre los riesgos que no han sido adecuadamente mitigados y proporcionar una serie de recomendaciones para una adecuada respuesta de estos; por esta razón, es necesario puntualizar que el riesgo No. 87 de la oficina asesora jurídica se materializó a lo largo de tres (3) de los cuatro (4) trimestres evaluados por esta oficina, por lo tanto se hacen necesarias acciones inmediatas una vez finalice el tiempo establecido para verificar la efectividad en la modificación del control, el cual se estableció para el mes de enero de 2024.

Así las cosas, en concepto de esta oficina de control interno, el estado de la gestión del riesgo institucional es adecuado, se lleva de conformidad a la política de administración del riesgo, destacando la oportuna reacción frente a eventos o materializaciones detectados tanto por el líder como por la oficina de control interno. Es por esta razón que se hace necesario impartir una capacitación de las generalidades de los riesgos a líderes, oficina de planeación y calidad en su rol de monitoreo de los riesgos y a la oficina de control interno como evaluador, con el fin de entender más claramente el papel para cada uno dentro del sistema general de riesgos.

Equipo auditor:



**SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS**

Jefe Oficina de Control Interno