	<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- 149**

Bucaramanga, 8 de agosto de 2023

Doctor  
GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO  
Gerente

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

Firma \_\_\_\_\_  
Radicado: **00003117**  
Enviado: 08/08/2023 - 3:52 p.m.  
ventanillaunica  
ESE ISABU




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

Agradezco su atención.

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

	<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: 1-49
	<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 II 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 primer trimestre de la vigencia 2023, teniendo en cuenta el mapa de riesgos de gestión institucional consolidado y la política de administración del riesgo de la E.S.E ISABU.

***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 segundo 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: 2-49
	<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: 3-49
	<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 segundo seguimiento de la vigencia 2023, efectuado al Mapa de Riesgos Operacionales Institucional de la E.S.E ISABU, de acuerdo con el consolidado de evidencias presentadas por cada uno de los líderes a la oficina de control interno y producto de un seguimiento directo con las áreas, encaminado a realizar un análisis más sensible de la efectividad de los controles aplicados en cada uno de los riesgos.

- **MATRIZ DE RIESGOS OPERACIONALES VIGENCIA 2023**


Dando cumplimiento a las funciones propias de la Oficina de Control Interno y a lo contemplado en el Plan Anual de auditorías para la vigencia 2023, se efectuó seguimiento a la matriz de mapa de riesgos operacionales, utilizando una metodología de seguimiento y evaluación directa, en la cual, además de recopilar los soportes que evidencian la implementación de controles, se verifica que los mismos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

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

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

<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: 4-49
	<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
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	PAGINA: 5-49
	VERSION: 2	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

- **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL - 2023 E.S.E ISABU- SEGUNDO 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 (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-23	Posibilidad de destitución del representante legal y proceso disciplinario por incumplimiento del Plan de Gestión causado por falta de monitoreo de los líderes responsables de cada uno indicadores de gestión al	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.	<p>En el segundo trimestre de 2023 se realizó solicitud de la medición y análisis de los indicadores de gestión correspondiente al I trimestre de 2023 a través de correo electrónico a los líderes responsables de cada indicador. Se realizó la consolidación de los resultados en la matriz de indicadores, la cual fue reportada al jefe de oficina Asesora de Planeación.</p> <p>Se evidencia solicitud de correos electrónicos realizada el 25 de marzo de 2023 a los líderes responsables de los indicadores y Matriz de consolidación de los indicadores de gestión.</p> <p>El control resulta efectivo para identificar acciones oportunas que permitan el cumplimiento de los indicadores.</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: 6-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
	<p>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>El jefe de la Oficina Asesora de Planeación presentó en el comité CIGD del mes de mayo de 2023 el seguimiento de los indicadores de Gestión correspondientes al I trimestre de 2023, con los siguientes resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior: Se realizará la medición en los meses de enero y febrero de 2024.</li> <li>Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud: se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación, priorización de oportunidades de mejoramiento de estándares de acreditación, definición del plan de mejoramiento, para el 2023 se priorizaron 57 oportunidades de mejoramiento desplegadas en ciclo PHVA se generan 247 acciones de mejora para desarrollar a partir de abril de 2023, por lo tanto a primer trimestre no se evidencia avances del plan de mejoramiento.</li> <li>Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional: En el primer trimestre de la vigencia 2023 se evidencia un resultado del 92,30%. En donde de 26 metas programadas, 24 cumplieron los objetivos y 2 metas no se encuentran programadas aún. Se concluye que el plan de acción del plan de desarrollo en su primer seguimiento trimestral presenta un buen nivel de cumplimiento del 92,30%.</li> <li>Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida: El indicador presenta resultados Favorables Menor a 1,15 (0,9066), para el cumplimiento en su medición la producción fue en mayor proporción a la generación del gasto en el año comparativo. La producción acumulada enero-marzo en 2022 fue estimada en 776.485 contra el año actual en 805.043.</li> <li>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: 0,999% Satisfactorio.</li> <li>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>Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS: 1 informe, Satisfactorio.</li> <li>Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo: 0,85, Insatisfactorio, Esta información se toma del presupuesto de la ESE ISABU recaudos en la vigencia (Enero a marzo 2023), frente a los Gastos Comprometidos (Los gastos se calculan tomando el presupuesto inicial de gastos (Incluye cuentas por pagar vigencias anteriores) dividido en 12</li> </ol>


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: 7-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
			<p>(meses) multiplicado por 3 (meses enero a marzo), obteniendo como resultado un indicador de: <math>18.033.157.331/21.198.555.522 = 0,85</math> Esto es, por cada peso comprometido, se tiene una disponibilidad de 0.85 centavos para atender el pago.</p> <p>10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya: Se realizó reporte de 17 archivos a través de la Plataforma de la Supersalud, dentro de las fechas establecidas en la circular única. Satisfactorio.</p> <p>11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 Compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya: 1 Satisfactorio.</p> <p>21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación: 83% Aceptable.</p> <p>22. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE: 0 Caso, Satisfactorio.</p> <p>23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva: 100%, Satisfactorio.</p> <p>24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo: 100%, Satisfactorio.</p> <p>25. Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas: 0,004, Satisfactorio.</p> <p>26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general: 2,58 días, Satisfactorio.</p> <p>SOPORTE: Comité CIGD, Acta No7 del 26 de mayo de 2023.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que se permite tomar decisiones gerencias frente a cada indicador en cumplimiento del plan de gestión del gerente de la ESE ISABU.</p>
R. OP-24	Incumplimiento del Índice de Desempeño del FURAG por información inoportuna de las acciones del Plan de MIPG, por falta de monitoreo y deficiencia en la implementación de las políticas de MIPG por parte de los	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>En el segundo trimestre la profesional especializada de planeación realizó seguimiento del plan de acción MIPG 2022-2023 correspondiente al primer trimestre del 2023. A corte del 31 de marzo de 2023, se tenían programadas 156 actividades de las cuales se cumplieron 154 metas en el 100% quedando 2 metas pendientes por cerrar en el 100%, las cuales se encuentran en desarrollo y ejecución en el segundo trimestre de 2023, dando un cumplimiento de Plan del 99,04% y un cumplimiento acumulado del 78,03%. Las actividades programadas en el primer trimestre de 2023 se cumplieron en un 100% las 53 actividades programadas.</p> <p>Actividades atrasadas:</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: 8-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
	líderes de políticas y la oficina asesora de planeación.		<p>* Política Seguridad Digital: Pendiente la actualización del inventario de clasificación y etiqueta de la información de acuerdo con las premisas de seguridad en confidencialidad, integridad y disponibilidad.</p> <p>* Política Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción: Realizar socialización de la Estrategia de Transparencia y Acceso a la Información Pública a los servidores públicos y contratistas desde el compromiso personal para el fortalecimiento institucional.</p> <p>El control resulta efectivo ya que se realiza un análisis del cumplimiento de las actividades permitiendo una detección oportuna de actividades atrasadas.</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.	La profesional especializada de Planeación presentó en el Comité CIGD celebrado el 27 de abril de 2023, el seguimiento del plan de acción MIPG 2022-2023 con corte a 31/03/2023 en el cual se dan a conocer las acciones atrasadas y los logros para la toma de decisiones oportunas frente al cumplimiento. SOPORTE: Acta de CIGD de 27 de abril de 2023. Acta No. 6. Este control resulta efectivo permitiendo la toma de decisiones oportunas frente a las actividades pendientes de cumplimiento.
R. OP-25	Posibilidad de afectación disciplinarias, administrativas y sanción económica por organismos de control debido al incumplimiento en la realización del plan Anticorrupción y de atención al ciudadano para la vigencia y reporte en el tiempo establecido por la norma vigente.	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.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.
		El jefe de la Oficina Asesora de Planeación revisa el PAAC y da su aprobación para que este sea presentado por el profesional apoyo ante el comité CIGD para la aprobación y realiza publicación en la página web a 31 de enero de cada vigencia.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.

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: 9-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-26	Posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por envió Inoportuno del líder en la información para publicación en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.	El líder de comunicaciones enviara mes a mes un correo recordando la importancia de las publicaciones a tiempo en las fechas establecidas de acuerdo con la matriz de registro de publicaciones.	<p>La líder de comunicaciones envió a los líderes de procesos correos electrónicos de fecha: 31/05/2023 para el reporte de publicación en el mes de junio. Debido a la falta de profesional en comunicaciones el control no se cumplió en lo correspondiente a los meses de abril (para reporte en mayo) y en junio (para reporte en julio) la profesional no realizó el correo electrónico. Esta situación evidencia deficiencia en el diseño del control toda vez que un control no fue ejecutado correctamente.</p> <p><b>Comentario OCI: Se evidencia falta de ejecución de los controles, por lo tanto, se evidencia un mal diseños de estos. Se recomienda mesa de trabajo con la oficina de Planeación con el fin de realizar las correcciones a las que haya lugar para la correcta ejecución del control y minimizar la posibilidad de materialización del riesgo. Debido al cambio de la líder de comunicaciones, esta oficina de control interno recomienda que la nueva líder revise uno a uno los riesgos y sus respectivos controles, con el fin de tener mayor entendimiento de estos y si es el caso, reformule los controles o riesgos según su criterio.</b></p>
		El jefe de la oficina asesora de planeación presenta de forma trimestral informe de seguimiento a las publicaciones verificadas con el formato matriz de registro de publicaciones al CIGD	El informe trimestral de seguimiento a las publicaciones se presentó en CIGD de 26 de mayo de 2023, con el apoyo de la líder de comunicaciones. En el informe se verifica el seguimiento a las publicaciones y su oportunidad. Debido al cambio de la líder de comunicaciones, esta oficina de control interno recomienda que la nueva líder revise uno a uno los riesgos y sus respectivos controles, con el fin de tener mayor entendimiento de estos y si es el caso, reformule los controles o riesgos según su criterio.
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	El profesional de apoyo de la oficina asesora de planeación, cada vez que surja la necesidad de un proyecto de inversión, socializara al líder y equipo responsable los lineamientos a cumplir, evidenciado mediante acta de reunión.	<p>Durante el segundo trimestre la alcaldía requirió la actualización del proyecto denominado "DOTACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ESE ISABU DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", por lo anterior, mediante acta se definieron los lineamientos establecidos para dicha actualización.</p> <p>En la actualización participaron el jefe de la oficina de planeación y su profesional de apoyo.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que se logró establecer los puntos que se requerían actualizar, logrando un documento comprensible y que fuera aprobado por las partes para continuar con el proyecto.</p>

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

	<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: 10-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

<b>GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>No. DEL RIESGO</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO</b>	<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)</b>
	los 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.	<p>Teniendo en cuenta los lineamientos antes nombrados, se realiza reunión de verificación, levantándose acta de verificación y aprobación, firmada por el jefe de planeación y el subgerente científico.</p> <p>Este control resultó efectivo ya que la verificación realizada al documento permitió total certeza sobre su contenido y fue entregada a tiempo.</p>
R. OP-28	Posibilidad de afectación administrativa en el cumplimiento del plan de desarrollo por no realización y publicación de los boletines informativos.	<p>El líder de comunicaciones recopilará información de interés o información relevante de la institución con los líderes de procesos, de este se generará boletín mensual el cual será aprobado por el gerente y/o jefe de la oficina asesora de planeación. (Inicio de implementación mes de junio)</p> <p>El líder de comunicaciones realizará la publicación del boletín aprobado en página web institucional. (Inicio de implementación mes de junio)</p>	<p>La líder de comunicaciones recopiló la información relevante, específicamente lo relacionado con el evento "Prisma Pride Festival" celebrado el 24 de junio de 2023, información que le sirvió de insumo para la estructuración del boletín. El boletín final, fue revisado y aprobado por el jefe de la oficina de planeación. Este control resulta efectivo, toda vez que se recopila información de interés para la comunidad relacionada con la ESE ISABU.</p> <p>Se evidencia en la página web la publicación del boletín previamente aprobado, publicación que se realizó el 30/06/2023. Este control resulta efectivo toda vez que los usuarios y ciudadanía en general que consulta la página web institucional, se encuentran actualizados en noticias y de los eventos que realiza o acompaña la ESE ISABU.</p>
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)	La líder de comunicaciones realiza cronograma de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el cual se puede evidenciar las actividades, la fecha de realización, la comuna y el horario; lo cual permite un cubrimiento con mayor claridad para el personal de comunicaciones. De igual manera, se evidencia un cronograma anual, correspondiente a las jornadas de salud tanto de PIC como ISABU, en el cual se plasma la información relevante para realizar el cubrimiento de las actividades de interés para la ciudadanía.

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: 11-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. REPUTACIONAL -30	Posibilidad de afectación de imagen por desconocimiento o del profesional de comunicaciones en información de interés a publicar en las redes sociales y no seguir los lineamientos a piezas gráficas y audiovisuales de la entidad.	El líder de comunicaciones recopilará información de interés o información relevante de la institución con los líderes de procesos, de este se generará las piezas gráficas y/o audiovisuales de manera mensual el cual será aprobado por el líder que solicitante. (Inicio de implementación mes de junio)	Para el cumplimiento del control, la líder de comunicaciones presenta pantallazos de WhatsApp en los cuales discute con los líderes de proceso, los temas y el contenido de las piezas gráficas, con el fin de obtener la aprobación de la pieza para su posterior publicación. Este control resulta efectivo toda vez que se logra captar la idea que tiene el líder del proceso de lo quiere transmitir con la pieza gráfica.
		El líder de comunicaciones realizará la publicación de las piezas gráficas y/o audiovisuales aprobados, en página web institucional y/o redes sociales. (Inicio de implementación mes de junio)	Se presenta informe de las piezas gráficas aprobadas y publicadas en la página web en el mes de junio de 2023.

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


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

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

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

**Recomendación de control interno:** Esta oficina de control interno recomienda a la líder de comunicaciones realizar mesa de trabajo con Planeación, con el fin de analizar las consecuencias de la no ejecución de controles, la efectividad de estos e incluso, la pertinencia del riesgo y los controles establecidos.

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: 12-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


## 2. RIESGOS GESTIÓN DE CALIDAD

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

**R. SA- 31:** Extremo, **R. OP- 32:** Extremo, **R. OP- 33:** Extremo, **R. OP- 34:** Extremo, **R. OP- 35:** Extremo, **R. OP- 36:** Alto, **R. OP- 37:** Extremo.


### 2.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. SALUD- 31	Posibilidad de daño y muerte del paciente, afectación económica, sanción penal, por incidentes o eventos adversos durante la prestación del servicio, por falta de adherencia al programa de seguridad del paciente por parte de todo el personal asistencial	El profesional de seguridad del paciente realizará auditoria a través de rondas de seguridad del paciente aplicando de lista de chequeo, de acuerdo a cronograma establecido para la vigencia 2023 en los servicios priorizados con el fin de identificar acciones inseguras, las acciones inseguras identificadas se notificaran inmediatamente al líder del proceso, directora técnica y subgerencia científica vía correo electrónico PRODUCTO ENTREGABLE: Listas de chequeo aplicada firmada por el líder del proceso	Se evidencia listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente, correspondientes a los meses de mayo y junio, obedeciendo al cronograma establecido previamente. En el mes de mayo se evidencia lista de chequeo de hospitalización y urgencias del Hospital Local del Norte y en el mes de junio se evidencian listas de chequeo de Hospitalización, sala de partos y urgencias del Hospital Local del Norte.  Se cumple con el cronograma establecido y con las listas de chequeo.  El control resulta efectivo, ya que funciona como herramienta efectiva para el seguimiento de los hallazgos que se evidencien en los servicios.
		El comité integrador de seguridad del paciente de manera trimestral, realiza seguimiento a los eventos adversos presentados y a las acciones de mejora establecidas para evitar que el evento adverso se vuelva a presentar. PRODUCTO ENTREGABLE: Actas de Comité Integrador	Se evidencia acta de Comité Integrador del 13 de abril de 2023, correspondiente al primer trimestre (enero - febrero y marzo de 2023), en el cual se expone los eventos adversos presentados, lo de mayor importancia, haciéndose un análisis pormenorizado de las razones por las cuales se pudo haber presentado el evento adverso. Igualmente se presenta el resultado o avance del plan de mejora planteado. 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.

	<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: 13-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-32	Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, por sanción del ente regulador debido a incumplimiento en el indicador 2: (efectividad en la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC)	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. PRODUCTO ENTREGABLE: ACTA DE SEGUIMIENTO MATRIZ DE SEGUIMIENTO	Se evidencia actas de seguimiento al cumplimiento de las oportunidades de mejora del PAMEC, para el periodo evaluado se evidencian siete (7) actas en las que se evaluó el avance de: direccionamiento y Gerencia, cliente asistencial, ambiente físico, gestión de la tecnología, talento humano, mejora continua y gerencia de la información.  Este control resulta efectivo ya que le proporciona a la oficina de Calidad, las aletas oportunas para intervenciones tempranas en momentos de posibles incumplimientos.
		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	En el periodo evaluado, se realizó reunión del equipo transversal del mejoramiento, levantándose acta de 10/05/2023 en el cual se imparten directrices por parte de la gerencia y el equipo directivo con el fin de lograr el cumplimiento en las fechas establecidas de las actividades del PAMEC.
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 con 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.	Se evidencia actas /informes de autoevaluación donde se evidencia los hallazgos identificados durante el periodo evaluado, lo anterior según cronograma de actividades previamente establecido. Se pudo identificar diez (10) centros de salud y cuatro (4) servicios de unidades hospitalarias a las que se le aplicó la lista de verificación de autoevaluación. Este control ha sido efectivo ya que sirve para identificar las mejoras identificadas en diversos temas, llevando un seguimiento efectivo de los avances a las acciones de mejora ya planteadas.

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: 14-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
		<p>El profesional de habilitación realizará seguimiento trimestral, a las oportunidades de mejora derivadas de los hallazgos por incumplimiento de habilitación derivadas de las visitas realizadas por el ente territorial y de las autoevaluaciones realizadas a los servicios, el incumplimiento al plan de mejora será notificado a la subgerencia científica, administrativa y gerencia a través de correo electrónico</p> <p><b>PRODUCTO ENTREGABLE</b> Matriz de seguimiento trimestral Pantallazo de envío de incumplimiento al plan de mejora</p>	<p>Se evidencia archivo de Excel en el cual se muestra planteadas acciones de mejora en el estándar de talento humano, infraestructura y dotación a corte del segundo trimestre. Se identifica un avance en el estándar de infraestructura de 57%, talento humano de 58% y dotación 50%.</p> <p>Este control resulta efectivo toda vez que sirve de instrumento para identificar atrasos o avances que sirvan de soporte para la toma de decisiones oportunas.</p>
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 con cronograma establecido a la adherencia al Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGIRHS	<p>Se evidencian auditorias del periodo evaluado, presentando en el mes de abril 16 auditorias, en mayo se realizaron catorce (14) auditorias y en junio catorce auditorias. Se evidencia la aplicación de la lista de chequeo actualizada y archivos en Excel donde se muestra el porcentaje global de cumplimiento de la aplicación de la lista de chequeo.</p> <p>El control le permite verificar el cumplimiento de numerosos aspectos importantes en el área ambiental. El seguimiento sirve de instrumento para identificar falencias en infraestructura y en la correcta segregación de los residuos y en general diversas actividades que impactan en el área ambiental. De igual manera para identificar temas para refuerzo de capacitaciones según se evidencie la necesidad.</p>
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	<p>El profesional de habilitación estandarizará y documentará el procedimiento para solicitar por parte de los líderes o directivos una novedad de apertura de servicios garantizando que se cumpla con la resolución 3100 de 2019.</p> <p><b>PRODUCTO ENTREGABLE:</b> PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO</p>	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: 15-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
	desconocimiento de la normatividad vigente, falta de articulación en los procesos y ausencia de orden jerárquico	El profesional de habilitación verificará el cumplimiento de los criterios de habilitación cada vez que el líder solicite apertura de un servicio, aplicando lista de chequeo y entregará al líder el resultado de la aplicación de la lista de chequeo socializando si el servicio es apto para aperturar o se debe realizar ajustes de acuerdo a estándares de habilitación, esto se realizará vía correo electrónico PRODUCTO ENTREGABLE: LISTA DE CHEQUEO APLICADA SOCIALIZACION DE APROBACION O AJUSTES A REALIZAR PARA PODER REALIZAR NOVEDAD: PANTALLAZO DE CORREO ELECTRONICO	Para el periodo evaluado no se requirió apertura del servicio, por lo tanto, no se aplicó lista de chequeo ni se realiza novedad.
R. OP- 36	Posibilidad de afectación económica, reputacional, por incumplimiento del plan de mejoramiento derivado de las auditorías externas de EPS y entes de control, por falta de seguimiento por parte de la oficina de calidad	La profesional de habilitación encargada de la atención de las auditorías externas realizará junto con el líder diligenciamiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa realizada y enviará de manera oportuna a la EPS o ente de control cada vez que se genere plan de mejoramiento y en el tiempo establecido de acuerdo con requerimiento de la EPS PRODUCTO ENTREGABLE: MATRIZ DE PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA EXTERNA 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.	Se evidencia matriz de seguimiento de planes de mejora semaforizada, en la cual se consigna las acciones de mejora producto de las auditorías externas. Se realiza seguimiento a su cumplimiento identificando las acciones que presentan retrasos, resaltando sus posibles causas. Se evidencia archivo en Excel de seguimiento a las acciones planteadas del plan de mejora de maternidad segura, donde se evalúa los avances de las acciones planteadas. 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.  Las matrices de seguimiento y avances de los planes de mejoramiento externo, se diligencia mensualmente, en el cual se refleja el estado real y en tiempo a los avances de los planes de mejoramiento. 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.

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: 16-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
		PRODUCTO ENTREGABLE: MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA EXTERNA	
R. OP-37	Posibilidad de afectación reputacional, económica, administrativa, por sanción del ente de control, EPS, por incumplimiento en las metas establecidas para los indicadores de calidad de acuerdo a la norma vigente, por falta de seguimiento a el resultado de los indicadores por parte de la oficina de calidad	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. PRODUCTO ENTREGABLE: Pantallazo de correo con envío de tablero de Excel Tablero de Excel mensual con el detallado por semanas	Se evidencian pantallazos de los correos enviados durante el periodo evaluado por el técnico de apoyo a indicadores, en los cuales se identifican los tableros de indicadores de la resolución 1552. 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, como por ejemplo hacer uso del "medico satélite".
		El jefe de Calidad analizará de manera trimestral el comportamiento de los indicadores de oportunidad en grupo primario, antes de reportar los indicadores al Ministerio de salud y protección social, con el fin de analizar causas de posibles desviaciones y generar acciones de mejora si se considera pertinente. PRODUCTO ENTREGABLE Acta de grupo primario trimestral con análisis de indicadores	Se evidencia acta de grupo primario de la oficina de calidad en la cual se analizan los indicadores de las especialidades y se evidencia el cumplimiento del rango permitido para cada especialidad. Este control resulta efectivo ya que mantiene equilibrada la oportunidad, mediante la toma de decisiones que mejora la oportunidad en pro del usuario de la ESE ISABU.

### 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

	<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: 17-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

### 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 (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-38	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 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. 5 de CIGD en la cual se presenta el análisis de la oportunidad de la consulta de medicina general y odontología la cual no supera los tres (3) días.
		las directoras técnicas y la coordinación de odontología realizan seguimiento semanal a la oportunidad de medicina general y odontología, evidenciado mediante herramienta de Excel tomando los correctivos necesarios.	Se evidencia seguimiento en Excel, el cual se realiza diariamente, con el fin de vigilar la oportunidad y en el caso que supere los tres (3) días, se toman las medidas de corrección necesarias, como por ejemplo optar por el médico 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 evidencia 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.
		Los apoyos administrativos de cada centro de salud cuando evidencien demanda insatisfecha consultaran en los centros de salud con horario extendido para agendar los usuarios pendientes de atención, esta información se realizará a través de correo electrónico.	Se evidencia 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 abril a junio, la oportunidad ha mejorado de manera considerable, logrando mantener la oportunidad en cero para la demanda insatisfecha y logrando la atención del paciente el mismo día.  Este control ha sido efectivo para la toma de decisiones oportunas frente a la demanda insatisfecha.

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: 18-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-40	Posibilidad de pérdida de credibilidad, oportunidad y confianza de parte de los usuarios al momento de la prestación del servicio de consulta externa especializada, derivado de la Inasistencia del personal médico especializado a la consulta programada sin aviso previo	La líder del servicio de consulta externa verificará y consolidará en cuadro de turnos la disponibilidad de los horarios de atención reportados por los médicos especialistas de consulta externa para realizar consulta del mes siguiente, en caso de presentar eventualidad de no asistencia la líder de consulta externa reportará a director técnico de unidades hospitalarias la novedad presentada.	Se evidencia cuadro de disponibilidad de especialistas en el cual se relaciona, la fecha y hora en la cual los especialistas están prestando el servicio.  Este control resulta efectivo para verificar la puntualidad y la prestación del servicio.
		La 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.	Se evidencia reporte de las consultas reagendadas en el servicio de pediatría y medicina interna, debido a eventualidades con los especialistas. El riesgo no se materializa debido a que se realiza cambio de la cita con previo aviso, evitando con esto afectar al usuario.  Este control resulta efectivo ya que permito una toma de decisión más oportuna frente a las eventualidades surgidas con los especialistas.
R. OP-41	Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a no cumplimiento de las metas de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud (RMPS)	Directoras técnicas y Coordinadora de Promoción y Prevención Organizaran jornadas de PyP, según el ciclo de vida.	Se evidencia formato de programación cronograma de jornadas de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida.  Estas actividades fueron organizadas por la Coordinadora de Py P y las directoras técnicas, quienes se encargaron de cumplir con las actividades al 100% según cronograma del periodo evaluado.
		Directoras técnicas, Coordinadora de Promoción y Prevención y jefes de enfermería, deben hacer seguimiento semanal a el cumplimiento de las actividades programadas a desarrollar de acuerdo a los diferentes ciclos de vida.	Se evidencia matriz de seguimiento donde se va reportando las actividades ejecutadas para dar cumplimiento al mes, organizada por cursos de vida. Este seguimiento arrojó un porcentaje de cumplimiento del 90% del global en actividades de enfermería, medicina y odontología.  Este control resulta efectivo ya que permite llevar un seguimiento de las actividades contratadas por cada EPS, evitando descuento a la cápita.

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: 19-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


#### 4. RIESGOS GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

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

**R. OP- 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 (II 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.
		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>2. Se evidencia "ficha técnica de indicadores" en la cual se mide la frecuencia de accidentalidad, incidencia de enfermedad laboral, prevalencia de enfermedad laboral, proporción de accidentes de trabajo mortales en el año e índice de severidad, permitiendo medir la gestión del plan de trabajo de SST. Se aportó como evidencia del cumplimiento de actividades las "fichas técnicas de indicadores" de 5 indicadores que debían medirse para el segundo trimestre de 2023.</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. <b>Comentario OCI:</b> Se recomienda revisar con Planeación las fechas establecidas en el plan de acción ya que solo reportan resultados hasta noviembre de 2023, sin embargo, para tener una evaluación más amplia se requiere realizar seguimiento hasta diciembre.</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: 20-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


## 5. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

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

**R. OP- 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 (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-43	Posibilidad de afectación económica, disciplinaria, legal, de imagen, por sanción del ente regulador y/o de control, demandas debido a no dar respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos en los términos de ley en la ESE ISABU	El profesional de atención al usuario realiza seguimiento diario al módulo de panacea de PQRS revisando las alertas que el módulo genera, así mismo realiza seguimiento y consolidación mensual de las PQRS.	Se evidencia seguimiento diario discriminado por meses correspondientes al segundo trimestre de 2023 (abril, mayo y junio) en archivo en Excel producido por PANACEA, en el cual se puede identificar la fecha de radicación de la queja para dar respuesta en los términos de ley.  Este control le permite al profesional de atención al usuario unificar las quejas de los centros de salud y unidades hospitalarias, evidenciando posibles falencias de manera oportuna para tomar medidas correctivas antes que los términos de respuesta expire.
		El profesional de atención al usuario aplicará los términos de respuesta de acuerdo a la normatividad vigente	Este control se realiza gracias a las alertas que genera PANACEA del archivo en Excel que este aplicativo produce; en donde se relacionan las PQRS y los tiempos para dar respuesta. Este control es el insumo para la elaboración de un informe trimestral de las PQRS presentadas, los tiempos de respuesta y los tipos de quejas más recurrentes, con el fin de tomar medidas frente a estos aspectos.

	<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: 21-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 6. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS


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

**R. OP- 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 (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-44	Posibilidad de afectación de imagen reputacional, incumplimiento normativo y/o sanciones y pérdida económica por inadecuada aplicación del PROCEDIMIENTO DE CADENA DE CUSTODIA LEGAL CODIGO: P- 2004-03 VERSION 2.0 por desactualización del documento, produciendo afectación en el debido proceso judicial del usuario por desconocimiento y falta de adherencia al procedimiento.	<p>La líder de enfermería realizará la actualización del procedimiento de CADENA DE CUSTODIA LEGAL, este será actualizado en el mes de abril.</p> <p>La líder de enfermería revisara de forma permanente las evidencias de cadena de custodia entregadas por el personal de enfermería (datos de los pacientes) para su almacenamiento, verificando la información suministrada (datos del o los pacientes) con la Historia Clínica y tomara acciones permanentes frente a las desviaciones encontrados en el procedimiento cadena de custodia, enviando notificación mediante correo electrónico al responsable (jefe enfermero profesional o medico) solicitando corrección de los datos del o el paciente.</p>	<p>Se evidencia formato de Procedimiento Cadena de Custodia Legal, actualizado el 14/04/2023, bajo codificación No. URG-P-003, en versión No. 3.</p> <p>La jefe de enfermería realizó capacitación del nuevo formato de Cadena de Custodia Legal, al personal de enfermería de Urgencias el día 08/06/2023. Con el fin de identificar debilidades en la aplicación del formato, la líder de enfermería de urgencias verificó que se cumpliera con el procedimiento establecido y de esto generó un informe para el periodo evaluado, en el cual no se detectaron desviaciones que merezcan un plan de mejora. Este control es efectivo ya que se está garantizando entregar la información a entes investigadores de manera correcta y en cumplimiento de la normatividad.</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: 22-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 7. RIESGOS GESTIÓN DE INTERNACIÓN

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

**R. OP- 45:** Extremo


### 7.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE INTERNACIÓN			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-45	Posibilidad desafectación por pérdida económica y administrativa por omisión de los auxiliares de enfermería al no realizar suministro de medicamentos ordenados por el medico en el sistema panacea, generando demora en las salidas de los pacientes.	El líder de enfermería de internación realizara dos auditorías 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 acta de reuniones realizadas en el periodo evaluado (abril, mayo y junio) en la cual el jefe de internación relaciona por paciente los medicamentos que no fueron suministrados en el sistema PANACEA, especificando el auxiliar que omitió el reporte, el turno y la fecha. En el mismo formato de reunión el Líder de Internación informa en grupo primario las omisiones y los responsables de esta.</p> <p>Este control le permite realizar seguimiento al suministro de medicamentos, al igual disminuye los tiempos de salida de los pacientes ante la claridad de la información reportada. Este control tiene la función principal de prevenir pérdidas económicas por la falta de cobro de medicamentos en el proceso de facturación.</p> <p>Se evidencia informe en el cual se relaciona la muestra que fue tomada para realizar la auditoría y los resultados de esta.</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: 23-49
	<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 (II 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. Este control resulta efectivo ya que permite mejora en la oportunidad y accesibilidad de los pacientes a los procedimientos requeridos. Se presenta informe de seguimiento del segundo trimestre (abril, mayo y junio).
		la jefe líder del proceso de cirugía realizara reporte mensual, alimentando archivo Excel en el drive de paciente con orden de procedimiento quirúrgico que por causas no atribuibles a la institución no asiste a la programación pactada telefónicamente.	Se evidencia el mismo documento en Excel, en el cual 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 en el periodo evaluado, en el cual se puede notar un aumento del 13% respecto al trimestre anterior. Es por esta razón que el seguimiento a manera de control resulta bastante efectivo.

## 9. RIESGOS GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO

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


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



	<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: 24-49
	<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 (II 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>Se evidencia cuadro en Excel denominado "proyección de necesidades" correspondiente a los meses evaluados, en el cual líder del servicio farmacéutico analiza los productos y las cantidades a solicitar al proveedor con el fin de garantizar la disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos. Es esta la razón por la cual el control resulta efectivo, garantizar medicamentos y dispositivos médicos para la correcta prestación del servicio.</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>Se evidencia soportes de envío de los proveedores sobre faltantes correspondientes al periodo evaluado. Este es el insumo para el envío del correo electrónico por parte de la líder de farmacia para informar los faltantes y generar las alertas ante posibles desabastecimiento y búsqueda de segundas opciones. Sin embargo, para periodo evaluado, no fue necesario el envío de correos para la toma de decisiones, ya que en la farmacia se contaba con existencias para respaldar la prestación del servicio. Se evidencia informe en el cual la líder de farmacia recopila la información de faltantes y las decisiones adoptadas frente al tema.</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: 25-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN APOYO TERAPEUTICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-48	Posibilidad de afectación económica, reputacional, imagen y administrativa por falta de profesionales, por inestabilidad laboral, por no remplazo de inasistentes de pacientes por desequilibrio en la oferta y demanda, generando inoportunidad en la atención de los servicios de consulta de consulta externa (medicina general y odontología).	El líder del proceso de apoyo terapéutico identifica las brechas existentes de lo reportado por el profesional de terapias en el Drive (archivo Excel terapias) verificando información con el sistema de panacea mensualmente, si se identifican inconsistencias y se le informa al profesional de terapias a través de correo electrónico para que realice los ajustes necesarios con el fin de garantizar la facturación, Se evidenciara mediante informe mensual.	<p>Se evidencia acta de socialización al grupo de terapeutas de fecha 30/06/2023, con el fin de realizar retroalimentación para el ingreso al sistema PANACEA.</p> <p>La líder del proceso de apoyo terapéutico realiza una revisión y verificación de las actividades realizadas por los profesionales del sistema PANACEA vs el DRIVE con el fin que las actividades coincidan, generando una mejora en la calidad del dato y a la vez garantizar la información confiable para el momento de la facturación, por esta razón el control resulta efectivo.</p> <p>En este informe se dejan plasmadas las diferencias y se ajustan en el sistema o en el Drive, logrando minimizar el riesgo. La líder enfatiza que es más efectivo el control cuando se realiza una concientización en el grupo de terapeutas de la importancia del reporte en las diferentes plataformas.</p>

## 10. RIESGOS GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIO CLÍNICO

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


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

	<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: 26-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 10.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO Y RADIOLOGÍA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II 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 10/04/2023, 08/06/2023 y 26/06/2023 en las cuales se capacita en temas de control de calidad en el laboratorio clínica a los bacteriólogos de la ESE ISABU y en diagnóstico y pruebas de laboratorio para enfermedad de Chagas para todo el personal.  Estas capacitaciones bimensuales garantizan que el personal se encuentre actualizado en la normatividad vigente, lo que repercute en un diagnóstico oportuno y de 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.  Este control resulta efectivo ya que permite evidenciar fallas desde el momento inicial con el paciente, asegurando una correcta recolección de muestras, ofreciendo seguridad en el procesamiento y resultado.
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	La profesional de rayos x, realizara reinducción y medición de la apropiación del conocimiento mediante herramienta tecnológica Google Form en el procedimiento de asignación de citas y preparación de pacientes a los facturadores en el rol de imagenología de manera trimestral.	Se evidencia acta y cronograma de fecha 12/04/2023 en la cual se acuerdan las fechas de las capacitaciones que se realizará al personal de facturación para minimizar el porcentaje de errores persistentes en la asignación de citas entrega de resultados y explicación de preparación para los pacientes de imagenología.  En cumplimiento del cronograma se evidencia acta de capacitación de 16/04/2023, en la cual participó personal de facturación, glosas y cartera, quien recibieron capacitación establecida.

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: 27-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

	paciente afectando la oportunidad de atención.	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.	Se evidencia formato de control de errores de facturación en el cual se relaciona las fallas encontradas en agendamiento, preparación y facturación, discriminando sede, tipo de falla y responsable.  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.
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 peripicales por incumplimiento del protocolo de toma de imágenes odontológicas, que exige el diligenciamiento del consentimiento informado, el cual obliga al profesional de odontología a explicar el motivo de la toma del Rx odontológico, y las normas de seguridad previas.	El Odontólogo realizará el diligenciamiento del consentimiento informado a todos los usuarios que requieran toma de RX odontológico, llenando en el formato de control el registro del mismo.  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.	Se evidencia formato de consentimiento informado y formato de control de estimación de dosis de odontología, donde se realiza seguimiento del diligenciamiento del consentimiento informado, según el protocolo de toma de imágenes odontológicas.  Teniendo en cuenta lo anterior, el control resulta efectivo.

## 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

	<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: 28-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-52	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	El auxiliar de enfermería del área de vigilancia verifica semanal y mensualmente los diagnósticos que generan los RIPS con lo reportado en el sistema de vigilancia epidemiológica, en caso de no hacer reporte por el médico responsable del reporte se notifica de manera inmediata se notifica a la jefe del centro de salud para realizar la respectiva notificación al sistema de vigilancia epidemiológica, de lo cual se entregara un informe de forme semanal y mensual.	Para el segundo trimestre de 2023, la auxiliar de enfermería del área de vigilancia verificó la oportunidad de la notificación semanal e inmediata, incluyendo la búsqueda Administrativa Institucional (BAI), para dar cumplimiento al 100% de los casos identificados y los eventos notificados en la plataforma SIVIGILA. Este control resulta efectivo toda vez garantiza la identificación oportuna y completa de los eventos y la calidad del dato para lograr hacer el seguimiento y el reporte a las líderes de ruta de la ESE ISABU. El recurso humano trabaja de manera articulada para fortalecer el debido reporte. Hasta la fecha se han obtenido excelentes resultados, evidenciándose una certificación de la secretaria de Salud Municipal, reconociendo la excelente labor y la oportunidad en el reporte. Situación que ahonda en la efectividad de control.
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.	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.
		La líder de la ruta materno perinatal realiza seguimiento a gestante desde el diagnóstico de sífilis gestacional hasta la finalización de tratamiento de forma adecuada mediante herramienta base de datos de Excel alimentado por los resultados alterados reportados por laboratorio de manera inmediata, este seguimiento se realiza según los casos confirmados con el diagnostico.	Se evidencia archivo de Excel, en el cual se consigna cada una de las gestantes con el diagnostico de sífilis gestacional. 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.

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: 29-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-54	<p>Posibilidad de afectación por perdida 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 laboratorio, 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.</p> <p>Esta base de datos es el insumo general para el desarrollo del programa, mantenerla actualizada minimiza el riesgo de errores en el desarrollo del programa de riesgo cardiovascular.</p>
		<p>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 formato o instrumento evaluador, informe de indicador y presentación de resultados correspondiente al trimestre evaluado, en el cual el auditor medico mide la adherencia a la GPC de hipertensión arterial determinando un resultado de 96% lo que corresponde a una adecuada adherencia. Los resultados de la auditoria 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 un muy buen porcentaje la adherencia de los médicos al programa de riesgo cardiovascular.</p>
R. OP-55	<p>Posibilidad de afectación reputacional y administrativas por Incumplimiento a la implementación de la política IAMII institucional debido a la falta de adherencia a la política IAMII Institucional por parte de los funcionarios de la E.S.E ISABU</p>	<p>La líder de salud infantil acompañara a los lideres encargados de cada centro de salud y unidades hospitalarias al debido diligenciamiento de manera semestral del formato de autoevaluación de la política IAMII.</p>	<p>Se evidencia formato de autoapreciación correspondiente al primer semestre de 2023 de las unidades hospitalarias y las unidades operativas, en las cuales, la líder de salud infantil acompañó a los líderes de unidades hospitalarias y centros de salud a diligenciar el formato.</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 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: 30-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
		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.	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. Se evidencia Acta de Comité IAMII correspondiente al mes de mayo de 2023, en el cual se socializa con subgerencia científica, directoras técnicas y unidades hospitalarias los resultados con el fin de tomar las acciones a las que haya lugar.
R. OP-56	Posibilidad de pérdida económica, por multa o sanción por parte del ente de control, afectación reputacional, perdida del biológico, debido a falta de adherencia a los protocolos de manejo de la cadena de frio en la ESE ISABU	La Coordinadora PAI realiza auditoria según cronograma donde se preste el servicio, verificando el control de la cadena de frio, a través de aplicación de lista de chequeo generando un informe de análisis de los resultados.	Se evidencia acta de socialización de los resultados de las visitas realizadas a los centros de salud, en el cual se muestra la adherencia al protocolo de red de frio y actualización en el plan de contingencia ante falla de fluido eléctrico. En estas visitas la Coordinadora PAI aplica la lista de chequeo que incluye el componente de cadena de frio. Con el fin de medir la adherencia del personal de vacunación de los diferentes centros de vacunación y unidades hospitalarias, la coordinadora PAI realiza capacitaciones en temas como: Red de frio, plan de contingencia ante falla de fluido eléctrico y actualización del plan de contingencia.  Este control es efectivo ya que garantiza que la temperatura de los biológicos sea adecuada de conformidad a la normatividad y a su vez permite una vacunación efectiva.
R. OP-57	Posibilidad de pérdida económica por incumplimiento a metas de programas por EPS, para ejecución durante el periodo, debido a la falta de adherencia a la resolución 3280 del 2018 en la ESE ISABU.	La coordinadora de Promoción y prevención realizará seguimiento a las actividades realizadas mensualmente por RIPS y por EPS de los cumplimientos generando informe de seguimiento y análisis de las estimaciones o metas por EPS.	Se evidencia matriz de seguimiento donde se va reportando las actividades ejecutadas para dar cumplimiento al mes, organizada por EPS y cursos de vida. Este seguimiento determina un cumplimiento del trimestre evaluado por cada una de las EPS.  Este control resulta efectivo ya que permite llevar un seguimiento de las actividades contratadas por cada EPS, evitando descuento a la cápita.

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: 31-49
	<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 (II 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	Se evidencia comunicación del 11 de julio de 2023, en el cual la subgerente administrativa y la almacenista general, impartían directrices respecto a la solicitud de pedidos y despachos, así como el correcto diligenciamiento del formato.  Comunicación enviada por ventanilla única y correspondencia virtual a líderes de los procesos, jefes de zona, jefes de centros de salud, jefe de los servicios, subgerente científico y directora del HLN.
		Realizar auditorías mensuales de acuerdo a cronograma establecido y a los centros de salud priorizados	Se evidencia actas de auditoría en los centros de salud: San Rafael, Kennedy y Colorados, según cronograma, en las cuales se realiza cruce de la información reportada en PANACEA vs lo que se encuentra en físico en el centro de salud, con el fin que se estén actualizando las existencias de manera mensual.  Este control resulta efectivo toda vez que se mantiene un seguimiento constante a los insumos solicitados a almacén.
R. OP-59	Posibilidad de pérdida económica por pérdida de activos de inventariados a cargo de los colaboradores debido a falta de adherencia al procedimiento de manejo y control de inventarios y falta de supervisión del contratista para que finalizado el contrato haga entrega efectiva de los bienes a su cargo	El jefe Almacenista General realiza auditorías de acuerdo a cronograma, con el fin de verificar el inventario inicial realizado el año inmediatamente anterior, de esto se deja evidencia en un acta de cada dependencia auditada, en la cual se tomarán las medidas o acciones de mejora a las que haya lugar.	Según cumplimiento del cronograma establecido, se realizó inventario aleatorio a Centro de Salud Colorados, Café Madrid, Bucaramanga y Campo Hermoso. De las actividades de inventario aleatorio se evidenciaron que algunos activos se encontraban dentro de los centros de salud, pero no en las ubicaciones reportadas en la base de datos de activos. De esta situación se dejó constancia, informándose a la jefe del centro de salud la importancia de informar los traslados al área de almacén. Es precisamente


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: 32-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
			<p>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 segundo trimestre del 2023.</p> <p>Se evidencia siete (7) actas de capacitación a centros de salud y unidades hospitalarias en las cuales el contratista INBIOMECS capacita de acuerdo con cronograma en diferentes temas como uso, cuidado, limpieza y desinfección de equipos.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que garantiza el funcionamiento de los equipos evitando paralización en la prestación del servicio, alargando su vida útil.</p>
R. OP-61	<p>Posibilidad de pérdida económica, sanción del ente de control y sobrecostos por daño en la infraestructura debido al incumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo o incumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la habilitación de la ESE ISABU.</p>	<p>El coordinador de mantenimiento a la infraestructura realizará seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a la infraestructura y de cumplimiento a la normatividad vigente en cuanto a la habilitación</p>	<p>Se evidencia informe de cumplimiento del cronograma de mantenimientos general a la infraestructura, mantenimiento eléctrico, mantenimiento por hallazgos de habilitación y mantenimiento de cubiertas. Se cumple con el cronograma establecido, sin embargo, es necesario mencionar que el cronograma de mantenimiento por hallazgos de habilitación presentó una modificación en la fecha de inicios de trabajo en el centro de salud Gaitán. Se evidencia informe de mantenimientos correctivos en centros de salud y unidades hospitalarias, logrando cubrir todas las necesidades surgidas en el segundo trimestre del 2023.</p> <p>Como evidencia del cumplimiento de las actividades del personal de apoyo para el mantenimiento de la infraestructura, diligencia el formato "Plan de Trabajo" en el cual se deja reporte de las actividades adelantadas y el recibo a conformidad por parte de la jefe del servicio o centro de salud.</p> <p>El informe reporta de manera general los mantenimientos realizados en los diferentes centros de salud, lo que permite mantener la infraestructura en óptimas condiciones para la prestación del servicio. Es por esta razón que el control resulta efectivo.</p>

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

	<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: 33-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
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.	Se evidencia acta de reunión entre la almacenista general y la profesional de inventarios en la cual se diagnostica el estado de los procedimientos del área de activos fijos, levantándose un estudio pormenorizado de las actividades que se deben corregir y aquellas que ya no aplican. Con esto se determina la necesidad de actualizar en su totalidad el proceso de bajas de activos fijos.
		El profesional en recursos físicos realizará actualización de documentos anexos al procedimiento baja de activos en el segundo semestre.	Esta actividad tendrá seguimiento en el tercer trimestre de 2023.
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.	Se evidencia acta de reunión entre la almacenista general y la profesional de inventarios en la cual se diagnostica el estado de los procedimientos del área de entrada, salida y traslados de activos e insumos, levantándose un estudio pormenorizado de las actividades que se deben corregir y aquellas que ya no aplican. Con esto se determina la necesidad de actualizar en su totalidad el proceso de entrada, salida y traslados de activos e insumos.
		El almacenista General realizar la actualización de documentos anexos al procedimiento de Entrada, salida y traslado de activos e insumos en el segundo semestre.	Esta actividad tendrá seguimiento en el tercer trimestre de 2023.
R. OP-64	Posibilidad de afectación administrativa, económica y de imagen por inadecuada aplicación del procedimiento de Toma física de inventario por desactualización del documento	El Almacenista General realizará en el primer semestre la revisión de documentos anexos al procedimiento de Toma física de inventarios generando un acta donde se evidenciarán las modificaciones requeridas.	Se evidencia acta de reunión entre la almacenista general y la profesional de inventarios en la cual se diagnostica el estado de los procedimientos del área de toma física de inventarios, levantándose un estudio pormenorizado de las actividades que se deben corregir y aquellas que ya no aplican. Con esto se determina la necesidad de actualizar en su totalidad el proceso de toma física de inventarios.
		El Almacenista General realizará actualización de documentos anexos al procedimiento baja de activos en el segundo semestre.	Esta actividad tendrá seguimiento en el tercer 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: 34-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


### 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


#### 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 (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-65	Posibilidad de pérdida económica, daños en la información que maneja la entidad, por un ataque cybernetico y sanciones por perdidas de los recursos financieros para el pago de obligaciones y funcionamiento de la entidad por ser vulnerables los sistemas de protección.	El Coordinador de Sistemas y administrador de infraestructura garantizara que la licencia de antivirus y firewall este activa, y correctamente configurada. El seguimiento y análisis al adecuado funcionamiento y cumplimiento de las licencias se evidenciarán mediante un informe trimestral del firewall y del antivirus	<p>Se evidencia formato de necesidad para la adquisición de nuevo FIREWALL, fechado el 15/06/2023, con el cual se encuentra en proceso de compra del nuevo FIREWALL con licencias para la ESE ISABU. El control resulta efectivo ya que contamos con licencia y actualizaciones vigentes del Firewall ubicado en la UIMIST hasta el mes de agosto de 2023. Sin embargo, para la licencia del Firewall del HLN, que se encuentra en proceso de adquisición, las actualizaciones se encuentran vencidas, pero se cuenta con protección hasta la adquisición del nuevo equipo que prestará el servicio de FIREWALL. Aunque existe un riesgo de ataque cibernético, este no es extremo o alto, ya que la licencia solo venció frente a actualizaciones.</p> <p><b>Recomendación OCI: Esta oficina de control interno recomienda que el proceso de adquisición para el FIREWALL del HLN se acelere, ya que es necesario que tengamos protección total ante nuevos virus.</b></p> <p>Se evidencia informe de Firewall y antivirus de 30/06/2023 en el cual el Ingeniero líder de Infraestructura manifiesta que "el seguimiento al funcionamiento del FIREWALL y en el antivirus cumplió al 100% en su indicador positivo de eficacia y la robustez de las medidas de seguridad implementadas en la red hasta la fecha. Esto implica que el FIREWALL y el antivirus están funcionando adecuadamente bloqueando amenazas, garantizando la integridad de los datos y protegiendo la red contra intrusiones y ataques maliciosos.</p> <p>Se evidencia informe "proceso de sensibilización de seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad en la ESE ISABU, del 25/04/2022, cumpliendo con el cronograma.</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: 35-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
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 copias de seguridad I semestre de 2023, en se relacionan las copias de seguridad ejecutadas a la base de datos y servidores con el fin de garantizar la disponibilidad e integridad de los datos. Informe a corte de 30/06/2023, firmado por el líder de sistema de información y el líder de infraestructura. Este control resulta efectivo ya que se logra mitigar las vulnerabilidades y amenazas asociadas a los activos de información de la ESE ISABU con el fin de lograr niveles de aceptación razonables del riesgo en relación con los atributos de disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información en la entidad.
R. OP-67	Posibilidad de Perdida de información y no disponibilidad de los servicios que presta la entidad debido a fallas en los PC y servidores por falta de mantenimientos, actualizaciones, remplazo de elementos obsoletos y Ausencia de un esquema de contingencia.	El ing. líder de infraestructura coordinará mantenimientos preventivos de equipos de cómputo y servidores, evidenciado el cumplimiento mediante un informe cuatrimestral.  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 de mantenimientos preventivos No. 1 de los tres (3) programados, según cronograma para la vigencia 2023, en el cual el líder de infraestructura informa que se ha cumplido con el 100% en las actividades de mantenimiento preventivo programadas a corte de junio cumpliendo con el indicador anual de 33.33%.  Se evidencia informe denominado "disponibilidad de servidores para el primer semestre de 2023" con el cual se proporciona una visión clara y precisa del rendimiento y disponibilidad de los servidores actualmente activos en la ESE ISABU, durante el primer semestre de 2023. Los controles son efectivos, ya que se puede garantizar la vida útil de los equipos, según especificaciones de la marca, esto para el mantenimiento preventivo de las estaciones de trabajo de los usuarios, en cuanto al monitoreo de la disponibilidad de los servidores es posible medir las capacidades configuradas determinar sus próximas actualizaciones de hardware y Software.

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: 36-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


GESTIÓN DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
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)	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas establecidas para su cumplimiento que es noviembre de 2023.
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 lideres de los procesos de sistema de la Información, Líder de Infraestructura, Ing. De seguridad de la información y protección de datos personales, estructuraran estrategias para la actualización de PETI durante la vigencia del 2023, que permitan mitigar riesgos identificados en el proceso de TI. (Tecnologías de la Información)	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas establecidas para su cumplimiento que es septiembre de 2023.

**Recomendación de control interno:** La oficina de control interno, de la evaluación de los controles, puede evidenciar que nos encontramos ante la posible materialización de un riesgo (R. OP 65) al tener una vulnerabilidad por no contar con el licenciamiento del FIREWALL. Por lo tanto, recomendamos acelerar los procesos de licenciamiento de la UIMIST y del Hospital Local del Norte con el fin de evitar situaciones de riesgo en el área de las TICS.

#### 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

	<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: 37-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN FINANCIERA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II 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.	<p>Se evidencia acta de reunión del 12 de abril de 2023, en el cual la profesional de apoyo de la subgerencia administrativa y el tesorero, se reúnen para diagnosticar el estado de los procesos y procedimientos del área de tesorería con el fin de actualizarlos.</p> <p>Del resultado de dicho diagnostico se realizó la actualización de los procedimientos del área siendo enviados a la oficina de Calidad para su respectiva codificación, previa revisión de la subgerencia administrativa.</p> <p>En total se actualizó la caracterización del proceso Tesorería y cinco (5) procedimientos del área.</p> <p>Para verificar el envío al área de calidad para la codificación se anexa correo electrónico a Calidad.</p> <p>Esta actividad se encontraba programada para el mes de agosto, sin embargo, se realizó antes de lo esperado.</p> <p>Este control es efectivo ya que le brinda a toda la entidad mayor claridad de la forma como se interrelaciona el área de tesorería con otros procesos de la ESE ISABU.</p>
R. OP-71	Posibilidad de afectación administrativa, financiera por inadecuada aplicación de los procedimientos de contabilidad por desactualización del documento	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.	<p>Se evidencia actualización de la caracterización y los procedimientos del área de contabilidad siendo enviados a la oficina de Calidad para su respectiva codificación, previa revisión de la subgerencia administrativa.</p> <p>En total se actualizó dos (2) procedimientos y la caracterización del área de contabilidad.</p> <p>Para verificar el envío al área de calidad para la codificación se anexa correo electrónico a Calidad.</p> <p>Esta actividad se encontraba programada para el mes de julio, sin embargo, se realizó antes de lo esperado.</p> <p>Este control es efectivo ya que le brinda a toda la entidad mayor claridad de la forma como se interrelaciona el área de contabilidad con otros procesos de la ESE ISABU.</p>

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

	<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: 38-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN FINANCIERA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
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.	<p>Se evidencia acta de reunión del 12 de abril de 2023, en el cual la profesional de apoyo de la subgerencia administrativa y la profesional especializada de presupuesto, se reúnen para diagnosticar el estado de los procesos y procedimientos del área de presupuesto con el fin de actualizarlos.</p> <p>Del resultado de dicho diagnostico se realizó la actualización de la caracterización y los procedimientos del área siendo enviados a la oficina de Calidad para su respectiva codificación, previa revisión de la subgerencia administrativa.</p> <p>En total se actualizó la caracterización del proceso presupuesto y dos (2) procedimientos del área.</p> <p>Para verificar el envío al área de calidad para la codificación se anexa correo electrónico a Calidad.</p> <p>De igual manera se anexa cronograma de socialización de los procedimientos actualizados a las áreas que tiene interacción con presupuesto.</p> <p>Esta actividad se encontraba programada para el mes de julio, sin embargo, se realizó antes de lo esperado.</p> <p>Este control es efectivo ya que le brinda a toda la entidad mayor claridad de la forma como se interrelaciona el área de presupuesto con otros procesos de la ESE ISABU.</p>
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.	<p>Se evidencia actualización de la caracterización y los procedimientos del área de Costos siendo enviados a la oficina de Calidad para su respectiva codificación, previa revisión de la subgerencia administrativa.</p> <p>En total se actualizó un (1) procedimientos y la caracterización del área de Costos.</p> <p>Para verificar el envío al área de calidad para la codificación se anexa correo electrónico a Calidad.</p> <p>Esta actividad se encontraba programada para el mes de octubre, sin embargo, se realizó antes de lo esperado.</p> <p>Este control es efectivo ya que le brinda a toda la entidad mayor claridad de la forma como se interrelaciona el área de Costos con otros procesos de la ESE ISABU.</p>


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: 39-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN FINANCIERA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
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.	<p>Para el segundo trimestre del año, se realizó la socialización de los procedimientos actualizados del proceso de facturación, dicha socialización fue dirigida al área administrativa, área de unidades hospitalaria y centros de salud.</p> <p>De la evaluación a la adherencia de la capacitación se pudo identificar un número de personas que requirieron una socialización personalizada.</p> <p>Se evidencia informe de evaluación de la adherencia a la capacitación.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que le permite al facturador tener una mayor en la resolución de situaciones a las que se enfrenta en la ejecución de sus actividades diarias. De igual forma al interactuar facturación con cartera, fue necesario realizar una socialización con el fin de identificar situaciones de interés en el área.</p> <p><b>Comentario OCI: Teniendo en cuenta que el plan de acción del mapa de riesgos alcanzó un 100%, los controles correspondientes a este riesgo se consideran cumplidos.</b></p>
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.	<p>Para el segundo trimestre del año, se realizó la socialización de los procedimientos actualizados del proceso de cartera a todos los colaboradores del área, así como al proceso de facturación.</p> <p>Se evidencia informe de evaluación o adherencia de los resultados de la capacitación impartida.</p> <p>Este control resulta efectivo ya que le permite al proceso de cartera interactuar de mejor manera con el área de facturación en cumplimiento de los procedimientos actualizados y al manual de cartera, brindando una "carta de navegación" para las dos áreas.</p> <p><b>Comentario OCI: Teniendo en cuenta que el plan de acción del mapa de riesgos alcanzó un 100%, los controles correspondientes a este riesgo se consideran cumplidos.</b></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: 40-49
	<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 (II 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 oficiales y de los documentos anexos mediante acta de grupo primario en el primer trimestre del año.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.
		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	Se evidencia formato de recepción de comunicaciones oficiales actualizado y codificado por la oficina de calidad, además se evidencia el procedimiento de recepción de comunicaciones oficiales para implementarlo a partir de la fecha y el indicador de cumplimiento, en el cual se obtuvo un cumplimiento al 100% del control.  Este control resulta efectivo ya que la actualización permite nuevos campos para el control de las comunicaciones de salida y entrada de la ESE ISABU.
R. OP-77	Posibilidad de afectación reputacional, administrativa, imagen por inadecuada aplicación del procedimiento de envío de comunicaciones oficiales por desactualización del documento	Realizar el diagnostico para la actualización del procedimiento de envío de comunicaciones oficiales y de los documentos anexos mediante acta de grupo primario en primer trimestre del año.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.

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: 41-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
		El profesional de gestión documental realizará la actualización del procedimiento de envío de comunicaciones oficiales y de los documentos anexos en el segundo trimestre del año	Se evidencia formato de envío de comunicaciones oficiales actualizado y codificado por la oficina de calidad, además se evidencia el procedimiento de envío de comunicaciones oficiales para implementarlo a partir de la fecha y el indicador de cumplimiento, en el cual se obtuvo un cumplimiento al 100% del control.  Este control resulta efectivo ya que la actualización permite nuevos campos para el control de las comunicaciones de salida y entrada de la ESE ISABU.
R. OP-78	Posibilidad de afectación reputacional, administrativa, imagen por inadecuada aplicación del procedimiento de acceso a documentos por desactualización del documento	Realizar el diagnóstico para la actualización del procedimiento de acceso a documentos y de los documentos anexos mediante acta de grupo primario en primer trimestre del año.	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	Se evidencia formato de envío de acceso a documentos actualizado y codificado por la oficina de calidad, además se evidencia el procedimiento de acceso a documentos para implementarlo a partir de la fecha y el indicador de cumplimiento, en el cual se obtuvo un cumplimiento al 100% del control.  Este control resulta efectivo ya que la actualización permite nuevos campos para el control de los prestamos documentales de la ESE ISABU.
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 el cronograma de transferencia documental ejecutado al primer semestre de 2023, permitiendo la adecuada transferencia de los archivos de gestión al archivo central. Es por esto por lo que el control resulta efectivo.
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 diagnóstico para la actualización del procedimiento de actualización de tablas de retención documental- TRD y de los documentos anexos mediante acta de grupo primario en primer trimestre del año.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 2023.

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


	<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: 42-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 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	Se evidencia el procedimiento de actualización de tablas de retención documental actualizado y codificado por la oficina de calidad y el indicador de cumplimiento, en el cual se obtuvo un cumplimiento al 100% del control.  Este control resulta efectivo ya que permite recopilar de manera más clara las series y subseries que contiene cada oficina y los tiempos de retención adecuados para las oficinas.
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	Se evidencia el inventario documental de la serie "cuentas mensuales" que cumple con el procedimiento de eliminación documental.  Este control resulta efectivo ya que permite un estricto proceso de selección de documentos que cumplen con el tiempo para realizar la eliminación.
R. OP-82	Posibilidad de afectación administrativa por no digitalización de documentos vitales para la entidad por incumplimiento del Cronograma de implementación del procedimiento de digitalización	El Grupo de Gestión Documental hará efectiva la digitalización de documentos de acuerdo al cronograma y procedimiento establecido	Se evidencia informe de seguimiento al cronograma de digitalización dando a conocer las series a las que se han realizado proceso de digitalización según el programa de reprografía en cumplimiento del cronograma previamente establecido. Este control resulta efectivo ya que consolidamos la base de documentación electrónica con fines de consulta, protegiendo la documentación ante emergencias.

## 16. RIESGOS GESTIÓN JURÍDICA

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


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

	<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: 43-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 16.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-83	Posibilidad de afectación administrativa y de imagen, por inadecuada aplicación del procedimiento de publicación en SIA OBSERVA.	El líder del proceso de Gestión Jurídica realizará la revisión del procedimiento de Publicación de SIA OBSERVA y generará su actualización, la cual se debe realizar de manera anual o cada vez que la norma lo exija.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas establecidas para su cumplimiento.
R. OP-84	Posibilidad de afectación administrativa y disciplinaria, por inadecuada aplicación del procedimiento de reconstrucción de expediente	El líder del proceso de Gestión Jurídica realizará la revisión del procedimiento de Publicación de RECONSTRUCCION DE EXPEDIENTE y generará su actualización, la cual se debe realizar de manera anual o cada vez que la norma lo exija.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas establecidas para su cumplimiento.
R. OP-85	Posibilidad de Pérdida económica por sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a inadecuada supervisión contractual, falta de adherencia al Manual de contratación vigente en la ESE ISABU	El jefe de oficina jurídica y la profesional especializada, realizará la revisión de la ejecución contractual correspondiente al 30% de los contratos celebrados durante el cuatrimestre objeto de evaluación, el cual se evidenciará mediante un informe presentado al Gerente en el cual se relacionará los contratos revisados, las observaciones y las acciones de mejora a las que haya lugar.	<p>Se evidencia archivo en Excel con la totalidad de la contratación realizada durante el primer cuatrimestre del año (enero, febrero, marzo y abril).</p> <p>Se evidencia archivo en Excel en el cual se detalla la muestra correspondiente al 30% de la contratación adelantada durante el primer cuatrimestre del año.</p> <p>En este mismo archivo se evidencian las observaciones realizadas a la muestra sobre el cumplimiento de las listas de chequeo y el archivo del expediente.</p> <p>La oficina asesora jurídica elaboró y presentó a Gerencia un informe en el que se relaciona la revisión realizada, las debilidades identificadas y las acciones de mejora aplicadas. En acta de grupo primario, la jefe oficina asesora jurídica como acción de verificación realiza la anotación de que cada contrato a firmar debe encontrarse acompañado de la carpeta en físico y la documentación completa.</p> <p>Este control efectivo ya que permite identificar las falencias en el archivo de contratos de la oficina, subsanarlas con anterioridad a posibles auditorías de los entes de control.</p>

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: 44-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
R. OP-86	Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por multa y/o sanción fiscal o disciplinaria debido a Extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición, inobservancia de los términos y procedimientos por parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU	El jefe Oficina Asesora Jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean respondidos dentro de los términos legales. Esta verificación la realizará a través de una matriz de Excel que permita observar el tiempo de respuesta.	Se evidencia archivo en Excel con la matriz de seguimiento a los derechos de petición correspondientes a corte de 30/06/2023. 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.
		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.	Se evidencia archivo denominado " informe de derechos de petición" en el cual se relaciona los derechos de petición presentados a corte de 30/06/2023, identificándose las fechas de recibido y respuesta, junto con los derechos de petición pendiente de respuesta.  El control resulta efectivo ya que comunica al gerente el estado de los derechos de petición.
R. OP-87	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.	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).	Se evidencia matriz de seguimiento correspondiente al mes de junio de 2023, fecha en la que inicia la aplicación del control. En la matriz de seguimiento se relaciona la revisión del 100% de la contratación adelantada durante el mes de junio.  Se evidencia correo electrónico en el cual se reporta al gerente y al jefe de la oficina asesora jurídica, el seguimiento realizado en el mes de junio.  <b>Comentario OCI: De la revisión realizada por la oficina asesora jurídica, se detectó un error en el cargue del contrato No. 0800-2023, que fue corregido eliminando el contrato y publicándolo nuevamente, sin embargo, en esta corrección se produjo la extemporaneidad que fue evidenciada por la oficina de control interno en su revisión mensual.</b>  <b>De lo anterior se puede concluir que el control resulta efectivo ya que se realiza la revisión antes de vencerse los tres (3) días y al 100% de la contratación, sin embargo, se debe analizar si lo más correcto es eliminar el documento o se publica nuevamente corrigiendo el error detectado.</b>

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: 45-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
		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>Este control no tiene seguimiento en este trimestre debido a que no se ha realizado contratación masiva por parte de la oficina jurídica.</p> <p>Sin embargo, la jefe de la oficina asesora jurídica en grupo primario socializó el informe de mayo de la oficina de control interno, respecto a la publicación en SIA OBSERVA y SECOP II, creando acciones para mejorar el proceso de publicación.</p>

**Evaluación de la efectividad de los controles:** De la evaluación directa realizada con la profesional especializada de jurídica, del control del riesgo 87, se pudo determinar que los controles son efectivos ya que, se revisa el 100% de la contratación del mes y la revisión de la información se realiza antes de cumplirse los tres (3) días para el cargue de la información. Sin embargo, se detectó que, al momento de la corrección de errores, es necesario, analizar con detenimiento si se encuentra dentro de los términos para una nueva publicación (eliminar el existe y volver a cargar) o se realiza una segunda publicación, con la corrección del documento que será extemporánea. Esto con el fin de corregir errores, pero evitando las extemporaneidades.

**Recomendación de control interno:** Teniendo en cuenta lo anterior, recomienda esta oficina de control interno analizar detenidamente, si al evidenciarse errores se puede eliminar el documento y cargar nuevamente o si se debe realizar una segunda publicación corrigiendo el error, pero evitando extemporaneidades. Esto debe ser analizado por la persona responsable de la publicación, tomando siempre la mejor decisión buscando siempre evitar una extemporaneidad en la publicación.

De igual manera, como se ha repetido en numerosas ocasiones, la publicación en las plataformas requiere de un cuidado especial, procurando calidad y cumplimiento de los principios de la contratación, por lo tanto, el llamado es a minimizar errores, realizando la publicación con CALIDAD.

	<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: 46-49
	<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 (II 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 primer trimestre de 2023 (abril, mayo y junio), en las cuales se asignan tareas entre el grupo auditor, se determinan fechas y compromisos, con el fin de garantizar el cumplimiento del 100% de las actividades programadas en el Plan Anual de Auditorías y las que surjan del desarrollo de las funciones de la oficina.</p> <p>De igual manera, se analiza el mes inmediatamente anterior, con fin de detectar si se presentaron faltantes en lo programado y tomar acciones correctivas a las que haya lugar.</p> <p>Con las acciones mencionadas se monitorea de manera permanente el cumplimiento del Plan Anual de Auditorías evitando la materialización del riesgo. De igual manera el acta de grupo primario es el insumo necesario para que el equipo auditor conozca las actividades del mes.</p> <p>El control resulta efectivo ya que le proporciona un seguimiento preciso del cumplimiento del plan anual de auditorías a la jefe de la oficina, además le permite identificar desviaciones y toma de decisiones oportunas frente a incumplimientos que se puedan evidenciar en la medición del indicador</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: 47-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Reitera esta oficina de control interno, que es necesario fortalecer la cultura del reporte de cambio o materialización de los riesgos, con el fin de tomar correctivos oportunos e iniciar acciones frente a las desviaciones producto de la aplicación de los controles. Para esto se requiere que los líderes y grupos de trabajo conozcan el proceder frente a la materialización de los riesgos. Por lo tanto, se recomienda que la oficina de planeación en los monitoreos o en la estructuración de los mapas de riesgos, capaciten sobre la ocurrencia de estos hechos y brinde la asesoría necesaria. En la medida que se reporten la materialización de los riesgos se pueden tomar decisiones oportunas y efectivas frente a los controles.
- Del resultado del seguimiento se detectó lo siguiente:
  - a) En el riesgo No. 26 de la oficina de Planeación, se identificó una falta de ejecución en los controles, por lo tanto, se recomienda una mesa de trabajo con Planeación, con el fin de analizar las consecuencias de la no ejecución, la efectividad de estos e incluso, la pertinencia del riesgo y los controles establecidos.
  - b) A pesar de no haberse materializado el riesgo de las TICS No. 65, la entidad se encuentra ante la inminente posibilidad que esto ocurra, por lo tanto, la recomendación de la oficina de control interno recomienda acelerar los procesos para la adquisición del FIREWALL del HLN y de la UIMIST, con el fin de minimizar la posibilidad de materialización del riesgo.
  - c) En cuanto al riesgo 87 de la Gestión Jurídica, a pesar de presentarse una extemporaneidad en la publicación en el SIA OBSERVA, después de un análisis conjunto se identificó que la información del contrato se publicó de manera oportuna, sin embargo, al momento de aplicar el control se detectó un error en el cargue, que produjo ante la corrección, la extemporaneidad. Por lo tanto, se recomienda que al detectarse errores se identifique si es posible eliminar el documento y publicarlo de nuevo o con el fin de evitar extemporaneidades, se realice una segunda publicación del documento. Este análisis con el fin de evitar extemporaneidades.

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

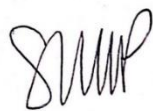
- Se identifica mayor compromiso de los líderes y las áreas en la administración del riesgo, ejecutando los controles y analizando las posibles situaciones que se pueden presentar con los riesgos.



	<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: 48-49
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

- En términos generales, mejoró la oportunidad de los líderes en el cargue de las evidencias de cumplimiento de los controles y el cumplimiento de los horarios en las mesas de trabajo con esta oficina de control interno.

Equipo auditor:



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