	<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

**1100-310- 20**  
**CI- 082**

Bucaramanga, 25 de abril de 2024

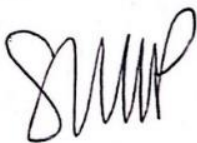
Doctor  
**HERNÁN DARIO ZÁRATE ORTEGÓN**  
Gerente  
E.S.E. ISABU  
Bucaramanga

Doctor  
**PABLO SEPHY ROJAS TORRES**  
Jefe Oficina Asesora de Planeación (E)  
E.S.E. ISABU  
Bucaramanga

Asunto: Informe de seguimiento y evaluación al Mapa de riesgos operacionales I trimestre vigencia 2024.

Por medio de la presente me permito remitir para su conocimiento y fines pertinentes, el informe de seguimiento y evaluación al mapa de riesgos operacionales, correspondiente al I trimestre de la vigencia 2024.

Agradezco su atención.




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

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

Firma \_\_\_\_\_  
Radicado: **00001806**  
Recibido: 25/04/2024 - 10:58 a.m.  
ventanillaunica  
ESE ISABU




	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 1-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES DE LA E.S.E. ISABU I TRIMESTRE VIGENCIA 2024</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>
<p>El artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015 determina que las entidades públicas establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno.</p> <p>Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.</p> <p>En virtud de lo anterior, se estructuró para la vigencia 2024, un mapa de riesgos OPERACIONALES enfocados a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.</p> <p>En este rol, las unidades u oficinas de Control Interno 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></p> <p>En el marco de lo expuesto y en cumplimiento del Rol de evaluación de la gestión del riesgo, se presenta el siguiente informe, correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2024, teniendo en cuenta el mapa de riesgos operacionales consolidado y publicado en la página web institucional y la política de administración del riesgo de la E.S.E ISABU.</p>
<b>ALCANCE</b>
<p>Verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones y efectividad de los controles, definidos para el tratamiento de los riesgos institucionales identificados en cada uno de los procesos de la E.S.E ISABU, en lo correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2024.</p>
<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Generar las recomendaciones u opciones de mejoramiento que le permitan a los procesos de la entidad una adecuada administración del riesgo.</li> </ul>
<b>MARCO NORMATIVO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Constitución Política de Colombia Artículos 209 y 269</li> <li>❖ 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.</li> <li>❖ 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</li> </ul>

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

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”

- ❖ 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 6 DAFP.
- ❖ Circulares externas emitidas por la SuperSalud No. 202111700000004-5 y 202111700000005-5 de 2021, por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.

### DESARROLLO

La política de administración del riesgo y la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6 DAFP, 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 primer seguimiento de la vigencia 2024, 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, con el fin de evitar la materialización de los riesgos. De igual manera, las oficinas de control interno en cumplimiento del rol de enfoque hacia la prevención, se articula con la oficina de planeación y con las demás instancias de la segunda línea de defensa con el fin de compartir información y análisis de contraste que permita monitorear la exposición de la ESE ISABU al riesgo y realizar recomendaciones con alcance preventivo de forma integral.

<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: 3-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


• **MATRIZ DE RIESGOS OPERACIONALES VIGENCIA 2024**

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 2024, se efectuó seguimiento a la matriz de mapa de riesgos operacionales, utilizando una metodología de seguimiento y evaluación directa, en la cual, además de recopilar los soportes que evidencian la implementación de controles, se verifica que los mismos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

Es así como se realizó seguimiento a dieciocho (18) procesos y dos (2) subprocesos para un total de veinte (20) seguimientos y cincuenta y nueve (59) riesgos estructurados en la entidad, de la siguiente manera:

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

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

	<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: 4-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

19. Control Interno	Riesgo Operacional: 77	1 riesgo
20. Control Disciplinario Interno	Riesgo Operacional: 78	1 riesgo
<b>TOTAL</b>	<b>59 riesgos</b>	

Fuente: Mapa de Riesgos Operacional, Actuarial, Liquidez y Reputacional Vigencia 2024 VERSIÓN 1 - E.S.E ISABU

- **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES - 2024 E.S.E ISABU- PRIMER 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 priorizado ocho (08) riesgos.


**Riesgos Operacionales:** Riesgos 25,26,27,28,29 y 30

**Riesgos Reputacionales:** Riesgos 81 y 82

#### 1.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 25	Posibilidad de destitución del representante legal y proceso disciplinario por incumplimiento del Plan de Gestión causado por falta de monitoreo de los líderes responsables de cada uno indicadores de gestión al presentar información de fuentes no confiables, inoportuna y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales, ocasionando incumplimiento de la normatividad establecida.	<p>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> <p>El jefe de la oficina de Planeación presentará con corte trimestral la matriz de seguimiento de los indicadores del Plan de Gestión al Comité CIGD para la toma de decisiones.</p>	<p>El profesional especializado en el primer trimestre de 2024 realizó solicitud el día 16 de enero de 2024 de la medición y análisis de los indicadores de gestión correspondiente al IV trimestre de 2023 a través de correo electrónico a los líderes responsables de cada indicador.</p> <p>Se realizó la consolidación de los resultados en la matriz de indicadores, los cuales fueron presentados en el comité CIGD.</p> <p>Se evidencia como soporte de la ejecución de los controles: Solicitud de correos electrónicos realizada el 16 de enero de 2024 y Matriz de consolidación de los indicadores de gestión.</p> <p>El jefe de la Oficina Asesora de Planeación presentó en el comité CIGD del mes de marzo de 2024 el seguimiento de los indicadores de Gestión correspondientes al IV trimestre de 2023, con los siguientes resultados:</p> <p>1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior: 1,13, Aceptable.</p> <p>2. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud: 1, 00 Satisfactorio.</p>

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 5-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


			<p>3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional: 0,96, Satisfactorio.</p> <p>5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida: 0,99 Aceptable.</p> <p>6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a). compras conjuntas, b). compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, c). compras a través de mecanismos electrónicos: 0,999 Satisfactorio.</p> <p>7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior: 0 Pesos, Satisfactorio.</p> <p>8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS: 4 informes, Satisfactorio.</p> <p>9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo: 1,14, Satisfactorio.</p> <p>10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya: 1, Satisfactorio.</p> <p>11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 Compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya: 1 Satisfactorio.</p> <p>21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación: 0,86 Satisfactorio.</p> <p>22. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE: 2 Casos, insatisfactorio.</p> <p>23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva: 1,00 Satisfactorio.</p> <p>24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo: 1,00, Satisfactorio.</p> <p>25. Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas: 0,002, Satisfactorio.</p> <p>26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general: 2,41 días, Satisfactorio.</p> <p>El 27 de marzo fue radicado el Informe de Gestión de la vigencia 2023 para la respectiva evaluación por parte de la Junta Directiva cumpliendo con lo establecido en la Resolución 408 de 2018 a más tardar el 1 de abril de cada año el Gerente deberá radicar el informe de cumplimiento del Plan de Gestión de la vigencia inmediatamente anterior a la Junta Directiva para la respectiva evaluación.</p> <p>NOTA: El acta de comité realizada el 19 de marzo se presentó informe preliminar de algunos indicadores porque a la fecha del seguimiento por comité estaba pendiente los certificados que son emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, en el acta se dejó registro en cada indicador el tipo de certificado y el estado del mismo, sin embargo, en el seguimiento de la matriz de los indicadores se presenta la medición definitiva de acuerdo a la certificación del mismo como lo establece la norma vigente.</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: 6-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			Evidencia de la aplicación de los controles: Circular de Invitación Comité CIGD, Matriz de consolidación de los indicadores de gestión vigencia 2023 y Acta del Comité CIGD No 4 del 19 de marzo de 2024.
RO 26	Incumplimiento del índice de Desempeño institucional del FURAG por información inoportuna de las acciones del Plan de MIPG, por falta de monitoreo y deficiencia en la implementación de las políticas de MIPG por parte de los líderes de políticas y la oficina asesora de planeación.	La profesional especializada de la oficina asesora de planeación realizará monitoreo trimestral al cumplimiento a las actividades 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.	En el primer trimestre de 2024 el profesional especializado de Planeación realizó monitoreo al Plan de Acción MIPG 2023-2024, correspondiente al IV trimestre de 2023, con corte al 31 de diciembre donde se programó 8.5 actividades con una ejecución del 100% de lo programado y un cumplimiento acumulado de todo el plan del 22,37%, este Plan va con vigencia hasta el 30 de junio de 2024, el cual está programado con 38 actividades para su ejecución.  Presenta como evidencia de la ejecución de los controles: Plan de Acción MIPG 2023-2024 con seguimiento del IV trimestre de 2023.
		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.	El jefe de la oficina de Planeación presentó en el comité CIGD el seguimiento del IV trimestre de 2023 del Plan de Acción MIPG 2023-2024, con corte al 31 de diciembre se programó 8.5 actividades con una ejecución del 100% de lo programado y un cumplimiento acumulado de todo el plan del 22,37%.  Evidencia como soporte de la ejecución de los controles: Circular de Invitación Comité CIGD y Acta del Comité CIGD No 4 del 19 de marzo de 2024.
RO 27	Posibilidad de afectación disciplinarias, administrativas, económica debido al incumplimiento en la realización del Programa de Transparencia y Ética Pública para la vigencia ocasionando al reporte extemporáneo establecido por la norma vigente.	El profesional apoyo de la Oficina de Planeación encargado en la construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) asesora anualmente a los líderes de procesos en la construcción del PTEP y sus respectivos componentes, realizando consolidación con el objetivo de realizar el Documento PTEP. Entregable: Control de Asistencia de reuniones de asesoría en la construcción del PTEP y Programa de Transparencia y Ética Pública	El profesional de apoyo de la oficina de planeación se reunió con los líderes de procesos con el fin de crear el Programa de Transparencia y Ética Pública, dejándoles claro las actividades a realizar, los productos a entregar y las fechas de entrega. Cada uno de los líderes analizó la pertinencia de las actividades correspondiente a cada uno de los componentes con el fin de estructurar el Programa.  Evidencia como soporte de la ejecución del control: Asistencia a reunión para la construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública 2024.  Efectividad del control: El control resulta efectivo ya que se logró la estructuración del Programa de Transparencia y Ética pública para ejecutar en la vigencia 2024.
		El profesional de apoyo sustenta el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) ante el comité de Riesgos para la aprobación de del programa y realiza publicación en la página web cumpliendo con las fechas establecidas por la norma vigente. Entregable: Acta de aprobación por Comité de Riesgos y publicación en la página Web	El profesional de apoyo de la oficina de Planeación presenta en el Comité de riesgos el Programa de Transparencia y Ética Pública con el fin que sea aprobado por los miembros del comité. Por unanimidad los miembros aprueban el Programa para ser ejecutado en la vigencia 2024. Se evidencia como cumplimiento del control: Acta de Comité y Listado de asistencia.  De igual manera se evidencia la publicación del Programa de Transparencia y Ética Pública en la página web institucional, el día 18 de enero de 2024, en cumplimiento de la normatividad vigente. soporte: Toma de captura de publicación don fecha del Programa de Transparencia y Ética Pública.  Efectividad del control: El control resultó efectivo ya que se logró la aprobación por parte del Comité de Riesgos del


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: 7-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

			programa de Transparencia y Ética Pública para ejecutar en el 2024 y brindar la publicidad debida al programa de cara a la ciudadanía e interesados de la ESE ISABU.
RO 28	posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por no publicación de información pública en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.	<p>La comunicadora social enviará de forma mensual correo electrónico de recordatorio a los líderes responsables de la información de publicación y actualización de la página Web de acuerdo con los tiempos establecidos en el formato esquema de publicación de información ARC-F-008</p> <p>Entregable: formato esquema de publicación de información ARC-F-008, evidencia de solicitud de correo electrónico.</p> <p>La comunicadora social realizará las publicaciones en página web solicitadas por los líderes de los procesos, la cual se evidenciarán los links publicados mediante la matriz de registro de publicaciones y será presentada mensualmente al jefe de la oficina asesora de planeación con el objetivo de su verificación de cumplimiento de los cargues solicitados por las diferentes dependencias.</p> <p>Entregable: formato esquema de publicación de información ARC-F-008 con la evidencia de links cargados</p>	<p>La comunicadora social envió correo electrónico de recordatorio a los líderes durante el trimestre evaluado, con el fin de recopilar la información para ser publicada en la página web y con esto actualizar la página institucional con información de relevancia para nuestros usuarios y comunidad en general.</p> <p>La comunicadora social diligencia el formato denominado "ARC-F-008" en el cual adjunta los enlaces, marcando las fechas de las publicaciones realizadas de acuerdo con las solicitudes de las áreas de la ESE ISABU. Este control resulta efectivo ya que le permite llevar un registro más exacto de las áreas que solicitan publicación en la página web institucional y medir la frecuencia en la cual se realiza, permitiendo identificar las áreas con mayor flujo de información por publicar en la página web.</p>
RO 29	Posibilidad de afectación administrativa, económica por demoras en los tiempos de estructuración, Por falta de conocimiento y rotación de personal para la estructuración de la necesidad, causando reproceso en la formulación de los proyectos de inversión.	<p>El profesional de apoyo de la oficina asesora de planeación, cada vez que surja la necesidad de un proyecto de inversión, socializara al líder y equipo responsable los lineamientos a cumplir, evidenciado mediante acta de reunión.</p> <p>El profesional de apoyo de la oficina asesora de planeación verificará 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 reportará al líder y equipo responsable mediante correo electrónico estas observaciones.</p>	La profesional especializada de Planeación envía oficio argumentando que, respecto a la actividad programada del plan de acción, para la fecha de seguimiento no se encuentra programada la actividad de verificación de la normatividad para la actualización del instructivo de la necesidad. Respecto a los controles del riesgo, argumenta en el mencionado oficio que no se han presentado solicitudes de necesidad de proyectos de inversión.
RO 30	Posibilidad de afectación administrativa en el cumplimiento del plan de desarrollo por no realización y publicación de los boletines informativos.	<p>La comunicadora social recopilará información de interés o información relevante por medio de acompañamiento de actividades, o solicitud de información con los líderes de procesos, aplicando listado de temas según actividades solicitadas en el mes con el objetivo de generar un boletín mensual.</p> <p>Entregable: Listado de temas</p> <p>La comunicadora social presenta el boletín mensual al jefe de la oficina de planeación con el fin de publicar el boletín en la página web institucional.</p>	<p>La comunicadora social realiza un registro de los temas relevantes del mes y de ellos, en conjunto con el jefe de la oficina de planeación realizan un análisis de los temas, identificando el de mayor relevancia o impacto para publicar en la página web institucional. Se evidencia relación de temas correspondientes al trimestre evaluado.</p> <p>La comunicadora social elabora el Boletín informativo con el desarrollo del tema relevante escogido. El mismo es aprobado y publicado en página web. Se evidencia boletines del periodo evaluado.</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: 8-38
	<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 (I TRIMESTRE 2024)
RREPUTACIONAL 81	afectación reputacional por desconocimiento de las directrices respecto al proceso de comunicaciones, por falta de adherencia de los líderes y del comunicador al manual de comunicaciones	La comunicadora social, realizará inducción y reinducción en las directrices del Manual de comunicaciones de manera semestral. ENTREGABLE: INFORME DE INDUCCION Y REINDUCCION	La comunicadora social informa que este control aún no se ejecuta por tratarse de un informe que se rinde de manera semestral.
RREPUTACIONAL 82	afectación reputacional por errores en los productos informativos y publicaciones, por falta de control y revisión de los contenidos o productos realizados por el comunicador social	<p>La comunicadora social revisará los contenidos enviados de manera permanente por los líderes al correo de comunicación y responderá con el contenido para contar con la aprobación o rechazo de quien lo solicita ENTREGABLE: Captura de pantalla del chat del WhatsApp y/o correo electrónico</p> <p>La comunicadora social enviará vía WhatsApp, los contenidos para revisión y aprobación al gerente cada vez que se requiera publicar. ENTREGABLE: Captura de pantalla del chat del WhatsApp</p>	<p>La comunicadora social recopila en un documento las solicitudes de creación de contenidos de los diferentes líderes, en los cuales se relaciona el tema a desarrollar y la información que debe contener. Esto le sirve de control para monitorear el flujo de contenido que se solicita mensualmente.</p> <p><b>Recomendación de la oficina de control interno:</b> Debido a la importancia que revisten los controles, se recomienda al área de comunicaciones realizar un documento formal con un análisis del contenido relacionado de manera tal que se pueda evidenciar más aspectos acerca de las publicaciones.</p> <p>La comunicadora social recopila en un documento las aprobaciones de los contenidos para ser publicados en las redes sociales institucionales.</p> <p><b>Recomendación de la oficina de control interno:</b> Debido a la importancia que revisten los controles, se recomienda al área de comunicaciones realizar un documento formal con un análisis del contenido relacionado de manera tal que se pueda evidenciar más aspectos acerca de las publicaciones.</p>

De la evaluación de los controles se genera la siguiente recomendación:

**Recomendación de la oficina de control interno:** Debido a la importancia que revisten los controles, se recomienda al área de comunicaciones realizar un documento formal con un análisis del contenido relacionado de manera tal que se pueda evidenciar más aspectos acerca de las publicaciones.

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: 9-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 2. RIESGOS GESTIÓN DE CALIDAD


Este proceso tiene priorizado siete (07) riesgos.

**Riesgos Operacionales:** Riesgos 31,32,33,34,35,36 y 37

### 2.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 31	Posibilidad de daño y muerte del paciente, afectación económica y 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 lista de chequeo, de acuerdo a cronograma establecido para la vigencia 2024 en los servicios priorizados con el fin de identificar acciones inseguras, las acciones inseguras identificadas se notificaran al líder del proceso, directora técnica y subgerencia científica vía correo electrónico PRODUCTO ENTREGABLE: Informe y listas de chequeo aplicada firmada por el líder del proceso	Se evidencia informes de rondas de seguridad del paciente correspondientes al trimestre evaluado, de conformidad con el cronograma previamente establecido. Algunas rondas de seguridad se realizaron en fechas diferentes a las establecidas, sin embargo, todas se realizaron según lo programado. En total se programaron 14 rondas para el primer trimestre de 2024 realizándose 13 rondas distribuidas entre UIMIST, centros de salud y HLN. La ronda correspondiente a radiología se reprogramó para la primera semana de abril de 2024. En los informes de las rondas de seguridad se consignan los resultados de las auditorias y se retroalimenta los resultados. Para el primer trimestre de 2024 se evidenció de manera general que los resultados de las auditorias son positivos.
		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 correspondiente IV trimestre de 2023, llevado a cabo en el mes de enero de 2024. Este Comité se desarrolla de manera trimestral y se tiene programado surtir el próximo comité el día 16 de abril de 2024. En el marco del comité Integrador se dan a conocer los eventos adversos presentados en el trimestre y se toman las decisiones respecto a los diferentes temas presentados.
RO 32	Afectación administrativa, económica y reputacional por falta de seguimiento al cumplimiento de las acciones de PAMEC planteadas para la vigencia por incumplimiento de las acciones programadas en el PAMEC para la vigencia por parte de los líderes de los estándares de autoevaluación	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 cronograma de actividades PAMEC en el cual se puede evidenciar la planeación de las actividades y los seguimientos se registrarían para la tercera semana de junio de 2024. Lo anterior de conformidad con el cronograma previamente establecido. Una vez se realicen los seguimientos se dará lugar a la presentación de resultados en el Equipo Transversal de Mejoramiento que se realiza de manera semestral.

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: 10-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


		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	
RO 33	Posibilidad de Perdida de imagen, económica, fiscal y penal, pérdida de contratos por parte de las eps, sanciones administrativas debido a el incumplimiento en los estándares de habilitación de acuerdo a la 3100 del 2019, por falta de autoevaluación y retroalimentación de los hallazgos encontrados por parte de la oficina de calidad.	EL profesional asignado a habilitación realizará autoevaluación anual junto con el líder del proceso a los servicios priorizados, a través de aplicación de lista de chequeo y se generará un informe con los hallazgos encontrados el cual será socializado por medio de correo con el líder del proceso y la subgerencia científica. PRODUCTO ENTREGABLE: Lista de chequeo de autoevaluación de habilitación aplicada en los servicios o proceso según cronograma Pantallazo de correo de socialización de informe de hallazgos	Se evidencia cronograma de autoevaluaciones de los diferentes centros de salud y servicios de unidades hospitalarias. Según cronograma para el trimestre evaluado se programaron 8 autoevaluaciones, cumpliéndose con el 100% de ellas. Se evidencia como soporte de la ejecución del control: Informe de autoevaluación, lista de chequeo de autoevaluación y captura de pantalla de la socialización de los resultados de la aplicación de la lista de chequeo.
		El profesional de habilitación realizará seguimiento trimestral, a las oportunidades de mejora derivadas de los hallazgos por incumplimiento de habilitación derivadas de las visitas realizadas por el ente territorial y de las autoevaluaciones realizadas a los servicios, el incumplimiento al plan de mejora será notificado a la subgerencia científica, administrativa y gerencia a través de correo electrónico PRODUCTO ENTREGABLE Matriz de seguimiento trimestral Pantallazo de envío de incumplimiento al plan de mejora	Se evidencia matriz de seguimiento en la cual se da cumplimiento a las acciones programadas correspondientes al trimestre evaluado de conformidad con los planes de mejora producto de las autoevaluaciones realizadas. El control resulta efectivo ya que te permite llevar un seguimiento de cumplimiento de las actividades con el fin de cumplir con los estándares de habilitación.
RO 34	Posibilidad de afectación disciplinaria, administrativa, fiscal, por inadecuada segregación de residuos sólidos y líquidos por falta de adherencia del personal del ISABU y Convenios, al Plan de gestión integral de residuos	La Ingeniera ambiental realiza inducción, y reinducción en adecuada segregación de residuos a convenios y personal de la institución de manera semestral, evidenciado mediante informe.	La Ingeniera ambiental realiza las capacitaciones según requerimiento del área de convenios y los diferentes líderes de servicio. Para este trimestre no se presenta informe ya que el mismo se tiene programado de manera semestral.

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: 11-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

	sólidos generados en la atención en salud y otras actividades	La ingeniera ambiental realiza auditorias de acuerdo a cronograma establecido a la adherencia al Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGRHS evidenciado mediante listas de chequeo aplicadas, de acuerdo a los hallazgos encontrados se realiza capacitación. Soporte: Acta de capacitación	Se evidencia cronograma de auditorías correspondiente al área ambiental para ser ejecutadas en el primer semestre de 2024. Según lo programado en el cronograma, se cumplió con el 100% de las actividades contenidas. Adicionalmente se evidencia listas de chequeo diligenciadas en el momento de la auditoria y evaluadas posteriormente en el cual se da como resultado un porcentaje de cumplimiento de los parámetros evaluados. Para el primer trimestre de 2024, se evidencia un porcentaje entre bueno y excelente, lo que permite inferir una mejora notable en los resultados. Este control le permite al área ambiental intervenir de manera inmediata en el factor identificado con el fin de corregir la debilidad mediante direccionamiento e inducción en el tema.
RO 35	Posibilidad de afectación administrativa, disciplinaria y económica por incumplimiento de los estándares de habilitación en los servicios que requieran novedad de apertura ante el REPS por desconocimiento de la normatividad vigente, de los líderes y equipo directivo, falta de articulación en los procesos y ausencia de orden jerárquico	El profesional de habilitación emitirá circular a los líderes de proceso actuales y cuando haya cambio de líderes, anualmente, recordando el paso a paso para realizar novedad de apertura de un servicio ante la oficina de calidad, evidenciado mediante circular enviada por correo electrónico.  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 un informe del resultado de la aplicación de la lista de chequeo informando si el servicio es apto para aperturar o se debe realizar ajustes de acuerdo con estándares de habilitación, esto se realizará via correo electrónico PRODUCTO ENTREGABLE: LISTA DE CHEQUEO APLICADA E INFORME	Se evidencia circular en la cual se relaciona el flujograma del proceso para solicitud de novedades de apertura, directrices que deben ser cumplidas por las directoras técnicas al momento de solicitar la apertura de un servicio. Este control es importante ya que recuerda el paso a paso del procedimiento para la apertura de un servicio. Se evidencia un correo electrónico en el cual se socializa a la Dirección del HLN, directoras técnicas y subgerencia científica, la circular del paso a paso para la apertura de un servicio.  Para el trimestre evaluado no se presentaron solicitudes de novedades de apertura de servicios por parte de las directoras técnicas.
RO 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 apoyo al diligenciamiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa realizada y enviará de manera oportuna a la EPS o ente de control cada vez que se genere plan de mejoramiento y en el tiempo establecido de acuerdo a requerimiento de la EPS PRODUCTO ENTREGABLE: PANTALLAZO DE CORREO DE ENVIO DE PLAN DE MEJORA A LA EPS	Para el trimestre evaluado, las EPS no programaron visitas a la ESE ISABU.

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

	<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: 12-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		La profesional de habilitación encargada de la atención de las auditorías externas realizará seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa realizada. Si se evidencia en el seguimiento acciones atrasadas, se notificará a la dirección técnica y la subgerencia correspondiente. PRODUCTO ENTREGABLE: MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA EXTERNA, PANRALLAZO DE CORREO DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES PROXIMAS A VENCER	Se evidencia seguimiento del plan de mejoramiento de asistencia técnica realizada en el mes de diciembre de 2023, generando acciones con fecha de cumplimiento a 30 de marzo de 2024. Según plan de mejora y seguimiento realizado por la profesional de habilitación, se cumplió con el 100% de las acciones establecidas.
RO 37	Posibilidad de afectación reputacional, económica, administrativa, por sanción del ente de control, EPS, por incumplimiento en el reporte y/o cargue extemporáneo de los indicadores de calidad a los entes de control y EPS	El técnico de indicadores el 1 día calendario de cada mes, envía correo recordatorio a los líderes responsables de suministrar los datos, solicitando la entrega oportuna de la información para la consolidación, cargue y envío de los indicadores. Evidencia: Pantallazos de los correos enviados a los líderes	Se evidencia documento en el cual se recopila las capturas de pantalla de los correos en los cuales el técnico de indicadores solicita a los líderes la consolidación y envío de los indicadores. Se evidencian correos del trimestre evaluado y como se menciona en el control enviado el primer día calendario de cada mes.
		La profesional de calidad hace seguimiento del cumplimiento del envío o cargue de los indicadores 1552 de manera mensual a través de copia de correo, 2193 a través de verificación de plataforma SIHO Y 256 a través de pantallazos de cargue en la plataforma PISIS de manera trimestral.	La información enviada por los líderes es consolidada por el técnico de indicadores en la estructura de cada EPS con el fin de cumplir con el reporte de los indicadores a las EPS de la resolución 1552 y 0256. Este cargue se realiza mensual y es copiado a la profesional especializada de la oficina de calidad para que ella realice su seguimiento de cumplimiento de envío oportuno a las EPS.

### 3. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIOS


Este proceso tiene priorizado tres (03) riesgos.

**Riesgos Operacionales:** Riesgos 38,39 y 40

#### 3.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 38	Afectación económica, reputacional, administrativa, por falta de profesionales, por inoportunidad en la atención de los servicios de consulta externa (medicina general).	Las directoras técnicas realizan el cálculo de horas médico por centro de salud mensualmente a través de matriz de Excel denominada cálculo de horas médico.	En la matriz de seguimiento de la oportunidad, las directoras técnicas analizan la posibilidad de mejorar las conductas observadas y si se requieren analizan la posibilidad de enviar médicos u odontólogos satélites con el fin de mejorar la oportunidad. Se evidencia acta de CIGD del mes de enero en la cual se presenta los indicadores de oportunidad.

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 13-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		Las directoras técnicas realizan seguimiento diario a la oportunidad de medicina general, evidenciado mediante herramienta de Excel tomando los correctivos necesarios.	Se evidencia matriz de seguimiento de la oportunidad en medicina general y odontología correspondiente a la zona norte y sur, en la cual se consigna diariamente la oportunidad presentada en cada centro de salud.
RO 39	afectación reputacional, económica, por no disponibilidad de agendas, por exceso de demanda de usuarios, generando demanda insatisfecha en la consulta de medicina general	Los apoyos administrativos de cada centro de salud cuando evidencien demanda insatisfecha revisarán disponibilidad en el software panacea, en los centros de salud con horario extendido para agendar los usuarios pendientes de atención. SOPORTE: EXCEL EXPORTADO DEL SOFTWARE PANACEA	Se evidencia archivo en el Excel en el cual se relaciona el agendamiento por médico y odontólogo analizando la demanda insatisfecha con el fin de garantizar la atención y determinar las acciones pertinentes.
		La directora técnica realiza seguimiento mensual a la demanda insatisfecha atendida a través del Excel exportado del software panacea y tomar medidas correctivas. SOPORTE: INFORME TRIMESTRAL	Se evidencia informe en el cual las directoras técnicas relacionan el seguimiento a la demanda insatisfecha en el trimestre evaluado y en el cual se puede concluir que la atención es prestada en su totalidad según la normatividad según requerimiento y los tamizajes que le apliquen por edad.
RO 40	Afectación reputacional, económica por inoportunidad en la atención en la consulta especializada por incumplimiento a la agenda o cambios sin previo aviso del personal médico especializado a la consulta programada.	Las jefes de consulta externa especializada entregan la agenda de especialistas disponibles en formato Excel a la coordinadora del call center para que habiliten las agendas de cada especialista de forma mensual. SOPORTE: Excel agenda de especialistas disponibles.	Se evidencian las agendas de los especialistas de forma mensual con el fin de conocer los horarios y las disponibilidades de cada médico para la programación de citas.
		Las jefes de consulta externa especializada realizan seguimiento mensual a la oportunidad de la consulta especializada a través del Excel exportado del software panacea y tomar medidas correctivas, se presentará resultados de la oportunidad a la directora de las unidades hospitalarias en grupo primario trimestral. SOPORTE: Acta de grupo primario	Se evidencia informe de análisis del indicador en el cual se analiza los resultados de la oportunidad y se exponen las situaciones que pudieron llegar a afectarla, esto le sirve de herramienta a la jefe de consulta externa y a la directora de unidades hospitalarias para la toma de decisiones oportunas frente a la oportunidad en consulta especializada.

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: 14-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

#### 4. RIESGOS GESTIÓN DE TALENTO HUMANO


Este proceso tiene priorizado dos (02) riesgos.

**Riesgos Operacionales:** Riesgos 41 y 83

##### 4.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN TALENTO HUMANO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 41	Posibilidad de pérdida de imagen, económica, sanción disciplinaria y reputacional por sanciones de antes 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 de acuerdo con cronograma establecido, que permita dar cumplimiento a la implementación del SG-SST, enmarcado dentro de la normatividad legal vigente (Resolución 0312 de 2019).	Se evidencia Plan de trabajo anual, en el cual se relacionan las actividades programadas con el fin de cumplir con la normatividad vigente. Se relaciona en el plan de trabajo las fechas en las cuales se deben desarrollar las actividades. Este Plan de trabajo se encuentra publicado en la página web institucional.
		El profesional SST realizará la medición de los indicadores trimestralmente del SG-SST que permita verificar la gestión del plan de trabajo del SG-SST.	<p>La profesional de SST evidencia para cumplimiento del plan de acción el plan de trabajo anualizado y la evaluación de estándares mínimos de SGSST realizado en diciembre de 2023.</p> <p>Como cumplimiento del control No. 2, la profesional de SST estructura un informe del periodo evaluado en el cual se plasma el indicador de cumplimiento de las actividades programas según cronograma.</p> <p>En el informe la profesional de SST de la ESE ISABU, menciona que: "Para finalizar, el área de SST dispuso de los recursos necesario a su alcance para lograr la ejecución de 74 actividades obteniendo un resultado de cumplimiento del 75% según las 99 actividades programadas."</p> <p>Estas actividades fueron reprogramadas para ser ejecutadas y cumplidas en el segundo trimestre.</p> <p><b>Recomendación de la oficina de control interno:</b> Se recomienda que para el próximo trimestre se ejecute el cronograma según lo programado y lo reprogramado correspondiente al primer trimestre, con el fin de evitar atrasos e incumplimientos en la normatividad.</p>
RO 83	Afectación Económica y Reputacional por rotación del personal de planta (carrera administrativa y provisional) Debido a la falta de lineamientos y herramientas institucionalizados para una adecuada transferencia de conocimiento.	El área de talento humano verifica el formato de entrega del cargo (Código GTH-F-003) remitida por el funcionario al momento de una desvinculación.	Esta actividad tiene cumplimiento en el segundo trimestre de 2024.

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 15-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

De la evaluación de los controles se genera la siguiente recomendación:

**Recomendación de la oficina de control interno:** Se recomienda que para el próximo trimestre se ejecute el cronograma según lo programado y lo reprogramado correspondiente al primer trimestre, con el fin de evitar atrasos e incumplimientos en la normatividad.

## 5. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.


**Riesgo Operacional:** Riesgo 42

### 5.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 42	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 diariamente registra las PQRS en el módulo panacea para que el líder de respuesta a la PQRS se evidencia mediante la matriz de Excel reportada de la herramienta PANACEA	Se evidencia archivos en Excel, correspondientes al primer trimestre de 2024, producto del registro diario de las PQRS en el módulo de PANACEA, en el cual se direcciona directamente la PQRS al líder encargado de dar respuesta y se activan las alarmas con el fin de cumplir con 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, direccionándolas a los líderes para la oportuna respuesta.
		El Profesional de atención al usuario diariamente revisa el cumplimiento de la respuesta de la PQRSF de acuerdo con normatividad vigente, se evidencia mediante matriz de Excel exportada de la herramienta PANACEA e informe de PQRSF trimestral	Se evidencia archivo en Excel, correspondiente al tercer trimestre de 2024, producto de exportar la información contenida del módulo de PANACEA, referente a las respuestas ofrecidas por los líderes a las PQRS. 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 oportuna.  La aplicación del control logra identificar faltas de respuesta, tomando medidas eficaces que eviten la materialización del riesgo, por esta razón el control resulta efectivo.

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: 16-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


## 6. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

**Riesgo Operacional:** Riesgo 43

### 6.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 43	Posibilidad de afectación de imagen reputacional, incumplimiento normativo y/ o sanciones y pérdida económica por incumplimiento del PROCEDIMIENTO DE CADENA DE CUSTODIA LEGAL CODIGO: Urg-p-003 por falta de adherencia del personal al procedimiento de cadena de custodia produciendo afectación en el debido proceso judicial del usuario.	El líder de enfermería de urgencias verificara aplicando lista de chequeo cada vez que se presente un usuario que requiera cadena de custodia, la correcta aplicación del procedimiento cadena de custodia legal, por parte del jefe enfermero 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) solicitando corrección de los datos del o el paciente.	<p>Como cumplimiento del plan de acción, el líder de urgencias elaboró una lista de chequeo con el fin de evaluar el correcto diligenciamiento de los documentos de cadena de custodia legal. El instrumento se encuentra codificado por calidad con el código: URG-F-017.</p> <p>Con el fin de evidenciar la socialización del procedimiento de cadena de custodia legal a los enfermeros que ingresan al servicio de urgencias, se levanta acta de reunión del 20 de marzo de 2024.</p> <p>Se evidencia informe correspondiente al trimestre evaluado en el cual se consignan los casos atendidos en el servicio y que requirieron aplicar el procedimiento de cadena de custodia legal, que para el periodo el resultado fue positivo, mostrando adherencia al procedimiento y efectividad de los controles.</p>

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 17-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 7. RIESGOS GESTIÓN DE INTERNACIÓN

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.


**Riesgo Operacional:** Riesgo 44

### 7.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE INTERNACIÓN			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 44	Posibilidad de afectación por pérdida económica y administrativa por omisión de los auxiliares de enfermería al no realizar suministro de medicamentos ordenados por el medico en el sistema PANACEA, generando demora en la salida de los pacientes.	El líder de enfermería de internación realizara dos 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>Con el fin de cumplir con las actividades contenidas en el plan de acción, el jefe de enfermería de internación presenta acta de reunión en la cual se consigna el temario correspondiente a la inducción al servicio de hospitalización a los jefes y auxiliares de enfermería, enfocando la jornada en el proceso de descarga de suministro de medicamentos en el sistema PANACEA.</p> <p>En cuanto a la ejecución de los controles, se evidencia informe de resultados de las auditorías realizadas al suministro de medicamentos, realizada a algunos auxiliares del servicio de internación, en la cual, el jefe de internación concluye que se presentan falencias en el cumplimiento de suministro de medicamentos por parte de los auxiliares durante sus turnos, por tal motivo es necesario seguir fortaleciendo el cumplimiento de la actividad. Por tal razón resulta efectivo el control, ya que mediante las auditorías se identificaron las debilidades se corrigieron y se evitó demoras en los suministros de medicamentos, se evitó una falta de facturación de medicamentos y en la salida de los pacientes.</p> <p><b>Recomendación de control Interno:</b> Es necesario que se revise la posibilidad de aumentar la frecuencia de las auditorías, con el fin de realizar una muestra más significativa y de esta manera medir de mejor manera la efectividad del control.</p>

De la evaluación de los controles se genera la siguiente recomendación:

**Recomendación de control Interno:** Es necesario que se revise la posibilidad de aumentar la frecuencia de las auditorías, con el fin de realizar una muestra más significativa y de esta manera medir de mejor manera la efectividad del control.

	<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: 18-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 8. RIESGOS GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

**Riesgo Operacional:** Riesgo 45


### 8.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN A PARTOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 45	Pérdida económica por falta de captación y seguimiento al usuario con orden de procedimiento quirúrgico ocasionando disminución de la productividad en el servicio de cirugía	La jefe líder del proceso cirugía realiza seguimiento semanal telefónico mediante el diligenciamiento del drive de paciente con orden de procedimiento quirúrgico con la finalidad de captar los pacientes con orden y /o pendiente valoración de anestesia para la agilización en el proceso de programación quirúrgica.	Se evidencia archivo en Excel en el cual se consigna el diligenciamiento realizado por la líder de cirugía en la cual incorpora el seguimiento realizado a los pacientes con los diferentes procedimientos, donde se consigna las causales por las cuales no se accede a la programación quirúrgica. De la información reportada se continúa realizando seguimiento hasta la realización del procedimiento y posterior llamada telefónica de control de verificación del estado del paciente.
		la jefe líder del proceso de cirugía realiza revisión mensual al archivo Excel del Drive de los pacientes que no asistieron por causas no atribuibles a la institución y realiza reprogramación para la siguiente semana. Entregable: Excel	El archivo de Excel es de soporte para revisión y evaluación de indicadores mensuales de pacientes reprogramados, analizando las causales que generaron la reprogramación de los procedimientos, esto se consigna en un informe mensual que sirve de soporte para el sustento de los diferentes reportes de actividades propios del servicio.

## 9. RIESGOS GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO

Este proceso tiene priorizados dos (02) riesgos.


**Riesgos Operacionales:** Riesgos 46 y 47

	<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: 19-38
	<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 (I TRIMESTRE 2024)
RO 46	<p>Afectación disciplinaria, reputacional y sanciones por parte de los entes de vigilancia y control por Incumplimiento en la Oportunidad de entrega de medicamentos y dispositivos médicos a los usuarios y servicios de la institución por fallas de los proveedores en tiempos de entrega, cantidades, agotados, desabastecidos y/o descontinuados</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>Respecto al cumplimiento del plan de acción la regente de farmacia diligencia el formato FAR-F-045 realizando la proyección de manera mensual, con base a la proyección de los últimos cuatro meses.</p> <p>En este mismo formato (FAR-F-045) la regente de farmacia realiza un control mensual de existencias de inventarios utilizando la plataforma PANACEA.</p> <p>Reporta la regente de farmacia en el informe correspondiente al trimestre evaluado que para la proyección de pedido del mes de marzo no fue posible obtener los consumos del mes de febrero debido a una falla en sistema PANACEA, por lo tanto el control no se ejecutó según lo descrito en el mapa de riesgos, ya que la proyección no se pudo realizar teniendo en cuenta los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero, en lugar de esto se utilizó los consumos del mes de octubre, noviembre, diciembre y enero.</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 vía correo electrónico, para la toma de decisiones y viabilidad de segundas opciones dentro del listado institucional de medicamentos</p>	<p>Producto del análisis que realiza la regente de farmacia de la rotación de los productos se genera la necesidad al proveedor, enviada por correo electrónico al contratista. Ante esto el contratista informa los medicamentos y dispositivos médicos agotados, desabastecidos o descontinuados en el canal institucional, a adjuntando los soportes para cada uno de ellos, información que le sirve a la regente para que se tomen medidas o decisiones frente a la situación reportada.</p> <p>Una vez se recibe el pedido se comparan con la solicitud y se identifican el porcentaje de faltantes y con esa información se genera el reporte para la subgerencia científica y el supervisor del contrato, quien a su vez requiere al contratista con el fin de solicitar cumplimiento contractual o las alternativas en el mercado, ya que no se contrata marcas ni laboratorios sino moléculas.</p>
RO 47	<p>Posibilidad de pérdidas económicas por falta de registro en el sistema de información (PANACEA) de las actividades realizadas a los pacientes por parte del profesional de terapias en los diferentes servicios afectando la calidad del dato para los indicadores de producción y el cobro a las EAPB.</p>	<p>La líder de terapias realizará inducción a los profesionales nuevos de terapia (física, respiratoria y fonoaudiología) enfatizando en el reporte en el Sistema de información PANACEA modulo Historias Clínica y registro de información del Decreto 2193 de 2004 en el Drive. Evidencia: Acta de Inducción</p>	<p>La líder de terapias informa mediante oficio que para los meses de enero y marzo no se registraron ingresos de personal por lo tanto no se ejecutó el control. Para el mes de febrero se realizó inducción a la profesional en Fonoaudiología, quien recibe la información firmando acta de asistencia. Se evidencia como soporte de ejecución del control: Acta de inducción del mes de febrero. Se enfatiza en la inducción en el reporte en el módulo PANACEA y en el reporte del DRIVE con el fin de manejar calidad del dato en las actividades realizadas.</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: 20-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		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 se le informa al profesional de terapias a través de correo electrónico para que realice los ajustes necesarios con el fin de garantizar la calidad del dato y facturación, Se evidenciará mediante informe mensual.	Se evidencia informe del trimestre evaluado en el cual se reportan las diferencias identificadas en los meses respecto a las actividades reportadas en PANACEA vs DRIVE. El informe reporta solo diferencias en el mes de enero de 2024, encontrándose conforme los meses de febrero y marzo, permitiendo mayor control y calidad del dato en la información manejada respecto a las actividades realizadas.
--	--	--	--

## 10. RIESGOS GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO – LABORATORIO CLÍNICO


Este proceso tiene priorizados un (1) riesgo.

**Riesgo Operacional:** Riesgo 48

### 10.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

LABORATORIO CLINICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 48	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 de laboratorio clínico realiza inducción en fase preanalítica cada vez que ingrese personal nuevo al laboratorio clínico, evidenciado ante acta al finalizar el periodo de inducción.	Para el periodo evaluado se realizó reinducción en tema de Dengue, ya que nos encontramos en alerta y es necesario reforzar la búsqueda por parte de laboratorio de casos sospechosos. Para evidenciar la reinducción se anexa acta de 15/02/2024 en la cual se imparten las directrices del tema.
		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 las inconsistencias encontradas, evidenciados mediante informe acuerdo al cronograma, esta supervisión se realizará por centro de salud dos veces al año.	Con el fin de identificar el cumplimiento del control se evidencia cronograma de supervisión de toma de muestras, el cual, para el periodo evaluado, según actividades programadas se debía cumplir con cinco (5) supervisiones en las sedes del Hospital Local del Norte, UIMIST y Centro de Salud del Mutis. De igual manera los resultados de las supervisiones se evidencian en un informe en el cual se concluyó que: "En total se realizan 5 supervisiones, durante la vigencia del 1 trimestre del 2024, a un total de 15 personas, donde todas las auxiliares pertenecen al laboratorio clínico y cuentan con la capacitación e inducción pertinente para desempeñar la función. Se les recuerda que se deben presentar ante el paciente y se establece que a partir del mes de febrero se realiza un doble control e en la identificación del paciente, marcando el tubo sanguíneo con el nombre y apellido del paciente antes de pegar los stickers del código de barras. Para de esta forma evitar inconvenientes en la fase preanalítica".

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: 21-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 11. RIESGOS GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO – RADIOLOGÍA

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

**Riesgo Operacional:** Riesgo 49


### 11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO - RADIOLOGIA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 49	Posibilidad de afectación de imagen, reputacional por falta de adherencia al procedimiento de asignación de citas y procedimiento de preparación de usuarios para la toma de estudios radiológicos produciendo mal agendamiento, ocasionando la no atención adecuada del paciente afectando la oportunidad de atención.	El profesional de rayos x, realizara inducción y reinducción al personal de facturación realizando medición de la apropiación del conocimiento mediante herramienta tecnológica Google Formd, con una periodicidad trimestral. ENTREGABLE: Actas y Evaluaciones.	Con el fin de evidenciar el cumplimiento del control, la profesional de rayos x organiza cronograma de capacitaciones con aprobación de la líder de facturación y la subgerencia administrativa, en la cual se relacionadas las fechas aprobadas, hora y lugar de ejecución de estas. Según cronograma para el periodo evaluado no se tienen programadas inducciones al personal de facturación.
		La profesional de rayos x implementará el formato de seguimiento (control de errores de facturación) 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.	Con el fin de evidenciar el cumplimiento del control, la profesional de rayos x presenta formato de control y seguimiento diligenciado anexando estadística e indicadores de control correspondientes al primer trimestre de 2024. Se concluye en el informe que continúan el aumento en las fallas de agendamiento por parte del personal de facturación, sin embargo, se evidencia que es debido al ingreso de nuevo personal, por lo tanto, se recomienda la realización de la inducción completa previo al inicio de labores, por esta razón es efectivo el control ya que se logra identificar las falencias y frecuencia de ocurrencia, lo que permite realizar la notificación al líder del área para sus respectivos planes de mejora.

## 12. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA- ODONTOLOGÍA

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

**Riesgo Operacional:** Riesgo 50

	<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: 22-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 12.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA- ODONTOLOGIA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 50	Posibilidad de afectación de imagen, reputacional y disciplinaria, penal, económica, Por no diligenciamiento del consentimiento informado de toma de rayos x periapicales, Por falta de adherencia al protocolo de toma de imágenes de rayos x odontológicas	<p>El Odontólogo realizará el diligenciamiento del consentimiento informado diario a todos los usuarios que requieran toma de RX odontológico, llenando en el formato de control el registro del mismo. ENTREGABLE: Formato de registro de consentimiento informado, trimestral, de toma de rayos x</p> <p>La Coordinación de odontología realizara control mensual del diligenciamiento de los consentimientos informados, mediante el formato de control de toma y estimación de dosis odontológica, que permite identificar el profesional que incumpla y levantar la acción de mejora personalizada.</p>	<p>Con el fin evidenciar la ejecución del control se observa informe en el cual se compara el formato de control y estimación de las dosis vs los consentimientos informados de toma de radiografías periapicales debidamente diligenciados y firmados, en los centros de salud de Rosario, Girardot y Café Madrid. En el informe se verifica el cumplimiento del indicador el cual resulta bastante positivo ya que no se evidenció falencias en el diligenciamiento de los formatos. Es por esta razón que el control resulta efectivo ya que se logra identificar el cumplimiento en el diligenciamiento de los consentimientos por parte del paciente y del profesional que toma la radiografía.</p> <p><b>Recomendación de control interno:</b> Esta oficina de control interno recomienda que se verifique los controles ya que se repiten las actividades contenidas, resultando el entregable el mismo para los dos controles establecidos.</p>


De la evaluación de los controles se genera la siguiente recomendación:

**Recomendación de control interno:** Esta oficina de control interno recomienda que se verifique los controles ya que se repiten las actividades contenidas, resultando el entregable el mismo para los dos controles establecidos.

## 13. RIESGOS GESTIÓN SALUD PÚBLICA

Este proceso tiene priorizados seis (6) riesgos.

**Riesgos Operacionales:** Riesgo 51,52,53,54 y 56


	<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: 23-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

### 13.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 51	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	el auxiliar de enfermería del área de vigilancia verifica semanal y mensualmente los diagnósticos que generan los RIPS con lo reportado en el sistema de vigilancia epidemiológica, en caso de no hacer reporte por el médico responsable del reporte se notifica de manera inmediata se notifica a la jefe del centro de salud para realizar la respectiva notificación al sistema de vigilancia epidemiológica, de lo cual se entregara un informe de forme semanal y mensual.	<p>Este control presenta dos momentos importantes para su cumplimiento: El primero de ellos lo realiza el médico que atiende el paciente, quien identifica el evento de interés de salud pública, diligenciando la ficha del evento de salud pública, esta ficha es conocida por la enfermera de la UPGD quien realiza el cargue al SIVIGILA, siendo controlado este momento por la auxiliar del área de vigilancia epidemiología, donde se revisa la calidad del dato de la ficha para su respectivo reporte en el SIVIGILA.</p> <p>El segundo momento es el control que se realiza del 100% de las atenciones institucionales de las UPGD de la ESE ISABU, donde se verifica los RIPS y se genera la BAI (Búsqueda activa institucional) donde se identifican los diagnósticos que cumplen con el criterio de los eventos de salud pública. Una vez identificado un evento que no ha sido captado en la atención, se informa a la UPGD responsable para que genere la ficha de vigilancia epidemiológica y el respectivo cargue en el SIVIGILA.</p> <p>Se aportó archivo en EXCEL correspondiente a la BAI y la ficha de indicador donde se evidencia que el 100% de los eventos fueron notificados.</p>
RO 52	Posibilidad de afectación 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 al no tamizaje con pruebas rápidas al ingreso del control prenatal por parte del personal de salud.	<p>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 software Panacea (reportador) con posterior envió mediante correo electrónico de las gestantes no tamizadas a directoras técnicas y jefes de centros de salud con el fin de tomar acciones inmediatas.</p> <p>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.</p>	<p>Se evidencia cuadro en Excel en el cual se relaciona los ingresos a control prenatal sin tamización de pruebas rápidas de VIH y sífilis, identificando la razón por la cual no fueron tamizadas oportunamente, realizando la demanda inducida con el fin de tamizar la gestante de manera inmediata.</p> <p>Con el fin de evidenciar el cumplimiento del control, se diligencia un cuadro en Excel en el cual se consigna los casos con diagnóstico de sífilis gestacional y la continuidad del tratamiento, correspondiente al primer trimestre de 2024. En algunos casos donde el tratamiento no está terminado, se consigna la gestión del riesgo identificándose claramente las razones por las cuales no se ha finalizado el tratamiento. Por esta razón es efectivo el control ya que puede detectar de manera oportuna los casos no identificados evitando una sífilis congénita.</p>


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



	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 24-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

RO 53	Posibilidad de afectación administrativa y en salud del paciente por el no cumplimiento del programa de Riesgo Cardiovascular, 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 parte del personal de salud.	La líder de la ruta cardio metabólica genera una base de datos de gestión del riesgo descargada del sistema de Panacea, de manera trimestral, con el fin de hacer demanda inducida y garantizar la toma de los laboratorios ordenados.	Se evidencia cuadro en Excel correspondiente a las diferentes EPS, en las cuales se relaciona los pacientes a los cuales se les realiza demanda inducida para la asistencia en la toma de laboratorios ya sean domiciliarios o en los centros de salud.
		El auditor medico realiza la auditoria a las historias clínicas del programa de riesgo cardiovascular para evaluar la adherencia a la GPC, mediante instrumento evaluador de manera trimestral.	Debido a que el control se ejecuta de manera trimestral, lo correspondiente a enero, febrero y marzo se estaría analizando en el mes de abril, por lo tanto, los resultados se presentaran en el próximo seguimiento. Sin embargo, el medico auditor de la ruta cardio metabólica realiza una socialización a los médicos de los resultados de la evaluación de adherencia del año 2023.
RO 54	Posibilidad de afectación reputacional y administrativas por Incumplimiento a la implementación de la política IAMII institucional debido a la falta de adherencia a la política IAMII Institucional por parte de los funcionarios de la E.S.E ISABU	La líder de salud infantil asesorará a los lideres encargados de cada centro de salud y unidades hospitalarias al debido diligenciamiento de manera semestral del formato de autoapreciación de la política IAMII. ENTREGABLE: Formato de autoapreciación	Con el fin de evidenciar el cumplimiento del control se dispone el cronograma de aplicación de autoapreciación que inicia el mes de abril de 2024 en las unidades hospitalarias y ambulatorias. Esta aplicación se realiza de manera semestral, por lo tanto, los resultados se verán reflejados en el segundo trimestre de 2024.
		La líder de salud infantil realizara seguimiento trimestral al plan de mejora derivado de la aplicación de la autoapreciación registrado en el formato de seguimiento, los avances se socializarán en el comité IAMII. ENTREGABLE: Matriz de seguimiento y acta de comité IAMII.	Debido a que aún no se han realizado aplicación de la autoapreciación no se han generado planes de mejora, por lo tanto, se espera resultados en el segundo trimestre de 2024.
RO 55	Posibilidad de pérdida económica, por multa o sanción por parte del ente de control, afectación reputacional por perdida del biológico, debido a falta de adherencia a los protocolos de manejo de la cadena de frio en la ESE ISABU	La auxiliar de apoyo de vacunación realiza entrega de los insumos PAI a los diferentes centros de salud utilizando el aplicativo PAIWEB según necesidad, evidenciando cantidad y tipo de vacunas entregadas en los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias.	Con el fin de cumplir el plan de acción, la coordinadora del PAI, realiza la entrega de actas de socialización en los cuales se trató temas referentes a los lineamientos de gestión, red de frio e insumos PAI, de conformidad con el cronograma de capacitaciones y auditorias previamente establecido. Se cumplió para el periodo evaluado con el 100% de los programado.  Se evidencia formato de entrega de insumos PAI a los centros de salud a través del aplicativo PAIWEB, correspondientes al primer trimestre de 2024.
		La Coordinadora del PAI realiza auditoria a los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias según cronograma, verificando el control de la cadena de frio, dejando como evidencia un informe de análisis de los resultados y compromisos.	Se evidencia actas de visitas de auditorías realizadas por la coordinadora PAI, en los cuales se evalúan todos los componentes del PAI incluido red frio. En el mes de enero se realizaron cuatro (4) visitas, febrero, cuatro visitas (4) y en marzo se realizaron seis (6) visitas, cumpliendo con lo programado en el cronograma de auditorias.

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: 25-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

RO 56	Posibilidad de pérdidas económicas y sanciones, Descuento a la capitación por parte de las EPS, Por no ejecución de las actividades de acuerdo a las rutas por parte del personal de salud	La coordinadora de Promoción y prevención realizará seguimiento a las actividades realizadas mensualmente por rips y por eps de los cumplimientos utilizando la matriz de programación entregada por las EPS. ENTREGABLE: Matriz de seguimiento	Se evidencia matriz de programación por EPS en la cual se encuentran todas las actividades programadas para la ESE ISABU y su respectivo seguimiento. En un documento anexo la coordinadora de promoción y prevención realiza un consolidado de resultados que, para el primer trimestre del 2024, se identificó: COOSALUD con un cumplimiento del trimestre de 122%, NUEVA EPS un cumplimiento de 76.7% y SANITAS un 49%.
		Los auditores de las rutas realizarán auditoría a la adherencia de las rutas de atención utilizando herramienta de Excel de manera mensual. ENTREGABLE: Informe de Auditoría	Se evidencia informe de auditorías correspondiente al primer trimestre de 2024, en el cual el auditor consigna por mes, los resultados obtenidos por centro de salud, generando un plan de mejora individual por medico auditado, siendo revisado su avance por el medico auditor.

#### 14. RIESGOS GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS


Este proceso tiene priorizados cuatro (4) riesgos.

**Riesgos Operacionales:** Riesgo 57,58,59 y 60

##### 14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 57	Posibilidad de afectación administrativa y económica por falta de adherencia en la solicitud del procedimiento de salida de insumos de consumo por parte del personal de apoyo del almacén ocasionando reproceso en el equipo de apoyo al almacén en cuanto a la entrega de insumos solicitados por las diferentes dependencias de la institución	El Almacenista General realizará auditoría aleatoria mensual al personal de apoyo al almacén a fin de verificar el cumplimiento de las cantidades solicitadas, verificación de existencia y insumos a entregar, lo anterior se evidenciará a partir de un informe.	Para cumplimiento del plan de acción se evidencia cronograma de auditorías aleatorias de elementos de consumo programadas para la vigencia 2024.  Para evidenciar la ejecución del control, se tiene informe de auditoría realizada en febrero en la cual se verificó las existencias en la bodega de almacén general y papelería.  <b>Recomendación de control interno:</b> En el proceso de seguimiento y evaluación evidenció esta oficina de control interno que no se guarda relación entre el plan de acción y el control, generando discrepancias entre uno y otro, situación que genera un mal diseño del control lo que impide su ejecución correctamente.

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 26-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		El personal de apoyo al almacén realizará auditorías mensuales de acuerdo a cronograma establecido a los centros de salud priorizados, lo anterior se ejecutará por medio de comparativo entre el inventario del sistema de información vs inventario en físico, evidenciándose mediante informe.	Para cumplimiento del plan de acción se evidencia cronograma de auditorías aleatorias de elementos de consumo programadas para la vigencia 2024, incluyendo los centros de salud. Para el periodo evaluado no se tiene programada la ejecución de auditorías en los centros de salud.
RO 58	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	La profesional de inventarios realizará asignación de inventario cada vez que ingrese personal nuevo a la institución, evidenciándose por medio de formato de asignación firmado por el jefe inmediato	Como cumplimiento de la ejecución del control, la profesional de apoyo de inventarios diligenció el formato denominado "asignación de activos" cada vez que se asigna un activo fijo al personal de la ESE ISABU. Se evidencia como muestra un formato diligenciado correspondiente al trimestre evaluado.  <b>Recomendación de la oficina de control interno:</b> La muestra ofrecida por parte de inventarios, si bien evidencia que se cumple el control, no permite una comparación de las asignaciones solicitadas vs las realizadas, generando un mal diseño del control.
		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	Con el fin de cumplir el plan de acción, el jefe almacenista realiza un cronograma de auditorías con el fin de realizar revisión de los activos fijos asignados a cada centro de salud y unidades hospitalarias. El resultado del cumplimiento del cronograma se reflejará en el segundo trimestre de 2024.
RO 59	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	El jefe Almacenista junto con el coordinador de mantenimiento biomédico realizarán de manera anual el plan de mantenimiento hospitalario para la presente vigencia.	Se evidencia plan de mantenimiento hospitalario en el cual se describen las actividades que se deben cumplir frente a los equipos biomédicos de la ESE ISABU. De igual manera se evidencia cronogramas de mantenimiento de unidades hospitalarias, centros de salud y cronograma de capacitaciones de equipos. Estos cronogramas iniciaron su ejecución desde el mes de enero y hasta la fecha se cumplen según lo programado.
		La ingeniera biomédica realizará seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo y al plan de capacitaciones de los equipos biomédicos con el fin de mitigar daños y costos, verificando actividades ejecutadas vs actividades programadas.	Se evidencia actas de capacitación con el fin de evidenciar el cumplimiento del cronograma de capacitaciones, de igual manera se presenta informe de seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo correspondiente al primer trimestre de 2024. Según cronogramas hasta la fecha se cumple con los programado.

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: 27-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

RO 60	Posibilidad de pérdida económica, sanción del ente de control y sobrecostos por daño en la infraestructura debido al incumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo o incumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la habilitación de la ESE ISABU.	El jefe Almacenista junto con el coordinador de mantenimiento a la infraestructura realizarán de manera anual el plan de mantenimiento a la infraestructura para la presente vigencia.	Con el fin de evidenciar la ejecución del control, se adjunta tres (3) cronogramas correspondientes al mantenimiento general a la infraestructura, mantenimiento eléctrico y mantenimiento de cubiertas y limpieza de canales. Estos cronogramas contienen actividades para desarrollar durante toda la vigencia 2024.
		El coordinador de mantenimiento a la infraestructura realizará seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a la infraestructura y de cumplimiento a la normatividad vigente en cuanto a la habilitación.	Se evidencia para el cumplimiento del control, informe de mantenimientos programados o preventivos, según los cronogramas establecidos. Para el periodo evaluado se cumplió con el 100% de lo programado en los cronogramas al mantenimiento general a la infraestructura, mantenimiento eléctrico y mantenimiento de cubiertas y limpieza de canales.  Adicionalmente se adjunta informe de mantenimiento correctivos que no obedecen a un cronograma sino a la solicitud de arreglo inmediato con el fin de ofrecer continuidad al servicio. En este tipo de mantenimiento se mide la prioridad y la afectación del servicio para realizar el mantenimiento o si es posible que su atención pueda esperar hasta los mantenimientos preventivos.


De la evaluación de los controles se genera la siguiente recomendación:

**Recomendación de la oficina de control interno:** La muestra ofrecida por parte de inventarios, si bien evidencia que se cumple el control, no permite una comparación de las asignaciones solicitadas vs las realizadas, generando un mal diseño del control.

## 15. RIESGOS GESTIÓN DE LAS TICS

Este proceso tiene priorizados cuatro (4) riesgos.


**Riesgos Operacionales:** Riesgo 61,62,63 y 64

	<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: 28-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

### 15.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 61	Posibilidad de Pérdida de confidencialidad, Integridad, disponibilidad de la información y económico, fiscal y penales debido a un ciber ataque informático a causa de una débil configuración y monitoreo de las políticas establecidas en el firewall y antivirus.	El líder del grupo de infraestructura tecnológica configura e implementa políticas y reglas de seguridad en los dispositivos firewall y antivirus cada vez que se requiera para mitigar el acceso no autorizado y propagación malware (virus). Entregable:(4) Informes de seguimiento a firewall y antivirus donde se evidencie la efectividad de las reglas de seguridad establecidas.	Para evidenciar ejecución del control se realizó informe de seguimiento y monitoreo a la consola de antivirus y firewall para la identificación de los eventos bloqueados y amenazas identificadas. Como conclusión del informe de firewall se presentaron 3370 eventos detectados y se pudieron bloquear 3370 para una efectividad del 100%. En cuanto al antivirus, se detectaron 52.977 amenazas identificadas lográndose mitigar 53.528 para una efectividad de 98%. El 2% restante de los intentos de acceso corresponde a amenazas no registradas en la base de datos actual, pero representan accesos de bajo impacto.
		Detección y bloqueo automática del Firewall ante posibles accesos no autorizados a la red corporativa. El líder del grupo de infraestructura evidenciará mediante informe del firewall y del antivirus de manera trimestrales, garantizando el cumplimiento y efectividad de estos mecanismos. Entregable:(2) Informes donde se evidencie la capacitación y sensibilización al personal de la organización sobre la seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad.	Esta actividad se ejecutará en el segundo trimestre de 2024.
RO 62	Posibilidad de Pérdida de confidencialidad, Integridad, y Disponibilidad por No atender las notificaciones de las actualizaciones normativas a cargo de CNT, debido a la no ejecución de las configuraciones por parte del grupo de sistemas de información.	"El grupo de sistemas de información ejecuta procedimiento de gestión del cambio (SIS-F-023) el cual tiene como objetivo principal asegurar que cualquier modificación a nivel de sistemas de información o infraestructura sea debidamente planificada, aprobada y comunicada, esta actividad se ejecutará cada vez que se realice la instalación de una nueva instalación.	Esta actividad se ejecutará en el segundo trimestre de 2024.
RO 63	afectación en la disponibilidad y pérdida económica del parque computacional y servidores debido al Incumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo por parte del personal técnico.	El coordinador de infraestructura crea el cronograma de mantenimiento anual y este es socializado al equipo de trabajo para su respectivo cumplimiento. Entregable: Cronograma y evidencia de socialización.	Se evidencia cronograma de mantenimiento anual de equipos y servidores y cableado. Esto se encuentra distribuido por centros de salud, centros de datos y unidades hospitalarias. Se evidencia socialización en grupo primario de sistemas del mes de febrero, en el cual se da a conocer la relación de las fechas de cumplimiento de cada uno de los preventivos programados.
		El oficial de seguridad ejecuta programa de monitoreo en seguridad de la información de forma semestral en el cual se valida el cumplimiento del cronograma de mantenimientos preventivos. Entregable: Informe de monitoreo en seguridad de la información	Esta actividad se ejecutará en el segundo trimestre de 2024.

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 29-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

RO 64	<p>Posibilidad de afectación Legal y económica sanciones disciplinarias debido al incumplimiento de la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios de los datos personales, por incumplimiento por parte del oficial de seguridad de la información en el registro nacional de base de datos ante la Super Intendencia de Industria y Comercio.</p>	<p>El Líder del grupo de seguridad de la información realiza de forma anual el RNBD (registro nacional de base de datos) ante la Super Intendencia de Industria y Comercio (SIC), una vez al año. Entregable: PDF de registro nacional de las bases de datos</p>	<p>Se evidencia el reporte de las bases de datos correspondientes a Empleados del sistema de información PANACEA, expedientes contractuales (área jurídica), fase de datos F20, recursos humanos- historias laborales, base de datos pacientes del sistema de información PANACEA, PQR digitales, PQR físicas, relación de personal del ISABU recursos humanos, base de datos de terceros PANACEA, base de datos seguimiento jurídica.</p> <p>Se adjunta informe en el cual el profesional de seguridad de la información reporta que se logró completar el registro ante el ente de control, con antelación al plazo establecido, lo que garantiza el cumplimiento del registro nacional de base de datos, evitando cualquier riesgo de incumplimiento normativo.</p>
-------	--	--	--


## 16. RIESGOS GESTIÓN FINANCIERA

Este proceso tiene priorizados ocho (8) riesgos.

**Riesgos Operacionales:** Riesgo 65,66,67,68,69 y 70

**Riesgo Actuarial:** Riesgo 79


**Riesgo de Liquidez:** Riesgo 80

	<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: 30-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 16.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES


GESTIÓN FINANCIERA - OPERACIONAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 65	Posibilidad de afectación administrativa por el no cumplimiento de los pagos programados mensualmente por falta del cargue de los soportes de la cuenta por el contratista y de la constancia por parte del supervisor	El tesorero y/o el personal de apoyo revisa el cumplimiento de los soportes en el SECOP II, de la cuenta antes de efectuar el pago, si la cuenta no cumple se notifica a través de correo electrónico al supervisor. ENTREGABLE: pantallazos de correos enviados a los supervisores cuando se detectan no cumplimientos en el cargue	<p>Con el fin de cumplir con el plan de acción, el tesorero reporta el flujo de caja, para con ello establecer una programación mensual de pagos a contratistas (CPS y proveedores) de acuerdo con las cuentas radicadas que cumplan con los requerimientos y elementos esenciales para la publicación en SECOP II antes de realizar el respectivo pago. Se evidencia flujos de caja de enero, febrero y marzo de 2024.</p> <p>Para evidenciar la ejecución del control se cuenta con pantallazos de correos electrónicos enviados a los supervisores que radicaron en la plataforma SECOP II las cuentas y que presentan inconsistencias que no permiten el pago.</p> <p>Este control es efectivo ya que permite identificar debilidades en las cuentas de cobro por parte del supervisor y contratistas, permitiendo publicar y pagar solo aquellas cuentas que cumplen con los requisitos de ley.</p>
RO 66	Posibilidad de afectación financiera, presupuestal y disciplinaria, por no cumplir con los tiempos establecidos en norma para la respuesta de las glosas, por desconocimiento de la norma, falta de seguimiento a la recepción de las glosas por parte del personal de glosas.	El líder de cartera realizará seguimiento mensual a las glosas recepcionadas a través del diligenciamiento de una matriz de Excel, emitiendo un informe mensual de la gestión realizada en donde se evidencien las respuestas a las mismas. ENTREGABLE: Informe Mensual	<p>Con el fin de cumplir con el plan de acción, se evidencia acta de socialización por parte de SOCICONTROL (contratistas de cartera) quienes imparten capacitación acerca de las causales de glosas más representativas por cada una de las EPS.</p> <p>De igual manera se realiza depuración de cartera, con las diferentes aseguradoras una vez se surte la respectiva conciliación.</p> <p>Para evidenciar la ejecución del control, se tiene un archivo en Excel de los meses de enero y febrero en el cual se realizó la depuración de cartera de acuerdo con las conciliaciones adelantadas. Este control le permite al proceso de cartera determinar las causales representativas de glosa.</p>
RO 67	Posibilidad de afectación financiera y presupuestal, por incumplimiento en la radicación en los tiempos establecidos por las diferentes entidades responsables de pago, por falta de adherencia al procedimiento de radicación por parte del personal del proceso.	El líder de cartera realizará cronograma mensual para la radicación de la facturación en las entidades responsables de pago, el cual es entregado al proceso de facturación ENTREGABLE: Oficio Radicado con cronograma	Para el cumplimiento del plan de acción se presenta cronograma de fechas de radicación establecidas por las diferentes entidades responsables de pago, a su vez para la ejecución del control, se tiene que dicho cronograma es dado a conocer oficialmente al área de facturación.

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: 31-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

		El líder de cartera realizará seguimiento de manera mensual a la radicación de las facturas entregadas por el área de facturación ENTREGABLE: ACTA DE CONCILIACION MENSUAL CON FACTURACION	Con el fin de evidenciar el control, los líderes de cartera y facturación adelantan actas de conciliación mensual con el propósito de validar las facturas entregadas por facturación y radicadas por cartera, esta información como resultado final es dada a conocer en el Comité de cartera, que se anexa como soporte de cumplimiento del plan de acción.
RO 68	Posibilidad de pérdida económica por multa y/o sanción de las entidades administradoras de impuestos debido al pago inoportuno o inexactitud del valor pagado por incumplimiento de la normatividad en materia de impuestos debido al incumplimiento de la normatividad en materia de impuestos.	El contador envía correos mensuales informando al tesorero y almacén las fechas de cierre de periodo contable. ENTREGABLE: Correo con información del cierre del periodo contable	Para evidenciar el cumplimiento del control se cuenta con correos electrónicos mensuales emitidos por el contador dirigidos al tesorero y almacén con el fin de notificar las fechas de cierre contable.
		El apoyo profesional de contabilidad realiza revisión mensual registrada en el software PANACEA módulo de contabilidad sobre la causación de cuentas que generan impuestos, al encontrar desviaciones se emitirá un correo a tesorería con copia a sistemas con el objetivo que realicen los cambios correctivos. ENTREGABLE: archivo de Excel para calcular impuestos y correos si existen inconsistencias en las causaciones en los cálculos de impuestos	La profesional de contabilidad envía correo al área de sistemas con el propósito de corregir aquellas inconsistencias que se presentan en el sistema PANACEA en el módulo de contabilidad, sobre la causación de cuentas que generen impuestos. Se cuentan con documento Excel que valida el cálculo de impuestos.
RO 69	Afectación económica, reputacional, sanciones disciplinarias y fiscales por no facturación del servicio de ambulancia por Ausencia del lleno de los requisitos del formato de traslado de pacientes realizado por el personal asistencial	El líder de facturación realizará auditoria a la bitácora de las remisiones versus lo registrado en panacea a través de un drive de manera mensual con el fin de identificar servicios de ambulancia sin facturar. ENTREGABLE: Informe con resultados de auditoria	Con el fin de evidenciar el cumplimiento del plan de acción, el profesional de facturación revisa constantemente la bitácora de remisiones con el fin de determinar los servicios que están pendientes por facturar. Las situaciones evidenciadas se consignan en un informe firmado por la coordinadora de facturación. En este informe se puede evidenciar socialización al personal de referencia respecto a los aspectos a mejorar para generar la facturación.
		El personal de facturación realizará el registro en el sistema Panacea de los servicios de ambulancia pendientes por facturar identificados en la auditoria que cumplan el lleno de los requisitos. ENTREGABLE: Informe con servicios cargados	Se evidenciar informe trimestral en el cual se consignan los servicios cargados y las falencias saneadas una vez dado a conocer el resultado de la auditoria permanente en las remisiones del servicio de ambulancia.
RO 70	Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial por la radicación extemporánea de la facturación generada por concepto de venta de servicios de salud mes a mes debido a falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas por el personal de facturación.	La líder de facturación realiza revisión mensual de la facturación generada vs la facturación pre radicada en el sistema panacea ENTREGABLE: Acta de cargos	Se evidencia acta denominada "revisión cargos pendientes" con el propósito de realizar la revisión mensual de la facturación generada vs la facturación pre radicada en el sistema PANACEA.
		El líder de facturación envía a los facturadores los cargos pendientes de manera quincenal y se realizan los respectivos ajustes en el sistema. ENTREGABLE: Informe de cargos pendientes	Con el fin de evidenciar el control del riesgo, se cuenta con informe de cargos pendientes en donde se hace necesario realizar ajustes en el sistema PANACEA para lograr de ser el caso la facturación del servicio prestado.




	<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: 32-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

GESTIÓN FINANCIERA - ACTUARIAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RIESGO ACTUARIAL No. 79	Afectación financiera y de imagen por incertidumbre en el costo del servicio de salud (diferentes modalidades de contratación) por falta de modelo de costos que permita determinar el valor unitario del servicio.	El profesional de costos diseñará y actualizará periódicamente las notas técnicas para los contratos de capitación y evento. ENTREGABLE: MATRIZ DE COSTOS POR SERVICIOS UNITARIOS Y RUTAS EN CONTRATOS POR CAPITACION-ABRIL 2024	Esta actividad tiene como fecha de cumplimiento el mes de julio de 2024, según oficio enviado por el subgerente administrativo de la ESE ISABU
		El profesional de costos y el profesional de contratación realizarán un análisis trimestral de las notas técnicas, contado a partir de la creación de las fichas, con el fin de identificar desviaciones y notificar a la subgerencia administrativa y científica ENTREGABLE: ACTA DE REUNION CON ANALISIS Y RECOMENDACIONES	Esta actividad tiene como fecha de cumplimiento el mes de julio de 2024, según oficio enviado por el subgerente administrativo de la ESE ISABU

GESTIÓN FINANCIERA - LIQUIDEZ			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RIESGO DE LIQUIDEZ No. 80	Afectación financiera y presupuestal, por bajo recaudo mensual para cubrir los gastos operacionales de la entidad, por no radicación oportuna de la facturación, falta de gestión de cobro ante las entidades responsables de pago.	El líder de cartera realizará el cobro persuasivo mensual a las diferentes entidades responsables de pago, mínimo al 70% de la cartera total. ENTREGABLE: Correos u oficios.	Se evidencia el envío de correos electrónicos a las diferentes aseguradoras con el propósito de realizar el cobro persuasivo de la cartera, así mismo, se tiene informe donde se da a conocer la circularización del 92 % de la totalidad de la cartera, cumpliendo con la meta establecida.
		El líder de cartera remitirá trimestralmente la cartera mayor a 150 días a la subgerencia administrativa para que se proceda a enviar al abogado externo o en su defecto a la oficina jurídica. ENTREGABLE: Correo electrónico con Excel	Se evidenciará archivo en Excel en el cual se relaciona la cartera mayor a 150 días con el propósito de que la subgerencia administrativa proceda a asignar a los abogados contratistas o a la oficina jurídica para su respectiva gestión.

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: 33-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 17. RIESGOS GESTIÓN DOCUMENTAL


Este proceso tiene priorizados tres (3) riesgos.

**Riesgos Operacionales:** Riesgo 71,72, y 73

### 17.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO ( I TRIMESTRE 2024)
RO 71	Posibilidad de afectación administrativa por incumplimiento del cronograma de transferencia anual, por falta de disponibilidad de tiempo por parte de los archivos de gestión para aplicar el procedimiento de transferencia documental.	El profesional en Gestión Documental elaborara el cronograma de Transferencia Anual, el cual se socializará el mes de febrero y se delegaran funciones del procedimiento de Transferencias al equipo de Trabajo de la oficina en Grupo Primario, donde se evidenciará mediante un Acta. ENTREGABLE: Acta grupo primario socialización cronograma de Transferencia Anual - febrero	Con el fin de cumplir con el plan de acción se evidencia un cronograma de transferencias documentales primarias, en el cual se relaciona la fecha y el área u oficina que debe realizar el procedimiento para recepcionar del archivo de gestión hacia el archivo central. Se evidencia acta de grupo primario 09 de febrero de 2024, en el cual se socializó el mencionado cronograma y se designó a los contratistas encargados de ejecutar durante la vigencia 2024 el cronograma.
		El profesional de la oficina de Gestión Documental realizará seguimiento para verificar el cumplimiento del Cronograma de Transferencias Documentales presentado por el equipo de apoyo de archivo, este seguimiento será evidenciado mediante las actas de transferencias en grupo primario para la toma de decisiones y ajustes necesarios de acuerdo con los resultados.	Esta actividad tiene cumplimiento en el segundo trimestre.
RO 72	Posibilidad de afectación administrativa por 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 equipo de apoyo de archivo identificará anualmente las series y subseries documentales que hayan cumplido su tiempo de retención en el archivo central y su disposición final sea la eliminación, relacionándola en el Formato Único de Inventario Documental, Código: ARC-F-004 Este control se aplicaría el segundo trimestre del año.	Con el fin de cumplir con el plan de acción se evidencia acta de grupo primario en el cual se designan los contratistas que desarrollarán durante el año el procedimiento de eliminación documental. En este grupo primario se explica el procedimiento que se aplicará para la eliminación documental, previo a su identificación. La identificación total está programa para el segundo trimestre de 2024.
		La profesional de gestión documental realizará una auditoria aleatoria verificando que los expedientes documentales registrados en el formato Único de Inventario Documental corresponda a las series y subseries a eliminar, esta verificación se evidenciará en el formato Único de Inventario Documental registrando las observaciones pertinentes y evidencia fotográfica.	Esta actividad se tiene programada para el tercer trimestre

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: 34-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

RO 73	Posibilidad de afectación administrativa por no digitalización de documentos vitales para la entidad por incumplimiento del Cronograma de implementación del procedimiento de digitalización	La profesional de Gestión documental define las series y subseries a digitalizar de acuerdo a las Tablas de Retención Documental, generando un cronograma de cumplimiento anual designando el responsable de llevar a cabo la ejecución del cronograma. Entregable: Cronograma y Designación mediante acta o correo electrónico de responsables de llevar a cabo la ejecución del cronograma.	Con el fin de cumplir con el plan de acción se evidencia un cronograma de digitalización documental, en el cual se relaciona las series y subseries que se van a digitalizar y las fechas establecidas para tal fin.  Se evidencia acta de grupo primario 09 de febrero de 2024, en el cual se socializó el mencionado cronograma y se designó a los contratistas encargados de ejecutar durante la vigencia 2024 el cronograma.
		El Profesional en Gestión Documental hará seguimiento de la ejecución del cronograma de implementación del procedimiento de digitalización. Entregable: Informe de seguimiento. Periodicidad: semestral	Esta actividad se tiene programada para el segundo trimestre.

## 18. RIESGOS GESTIÓN JURÍDICA


Este proceso tiene priorizados tres (3) riesgos.

**Riesgos Operacionales:** Riesgo 74,75 y 76

### 18.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 74	Posibilidad de pérdida económica por sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido al incumplimiento de los requisitos precontractuales y contractuales, por la inadecuada verificación del personal encargado de adelantar los procesos de contratación.	El jefe de la Oficina Asesora Jurídica realizará revisión y/o ajuste anual de las listas de chequeo con el fin de verificar que contengan la totalidad de los requisitos exigidos normativamente para cada contrato, mediante socialización en grupo primario. ENTREGABLE: Acta de Grupo Primario.	Se evidencia acta de grupo primario de 29 de febrero de 2024, en la cual en el punto "socialización de documentación" se expone la actualización de la lista de chequeo, dándose a conocer a todos los participantes del grupo primario de jurídica.
		El jefe de la Oficina Asesora Jurídica realizará auditoría permanente a los expedientes contractuales y de ello generará un informe cuatrimestral dirigido al Gerente en donde se evidencie las observaciones encontradas y los expedientes verificados en la vigencia. Entregable: Informe Cuatrimestral.	Esta actividad tendrá cumplimiento en el segundo trimestre de 2024.

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


	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	<b>CODIGO: 1300-CIN-F-006</b>	PAGINA: 35-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

RO 75	Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por multa y/o sanción fiscal o disciplinaria debido a Extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición, inobservancia de los términos y procedimientos por parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU	<p>El jefe Oficina Asesora Jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean respondidos dentro de los términos legales. Esta verificación la realizará a través de una matriz de Excel que permita observar el tiempo de respuesta.</p> <p>El jefe Oficina Asesora Jurídica semestralmente entregará a Gerencia un informe de las peticiones recibidas en el cual se evidenciará el tiempo de respuesta de cada uno, dando finalmente un informe de la efectividad del control mensual.</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel con la relación de derechos de petición correspondiente al primer trimestre de 2024, en el que se relaciona fecha de llegada y fecha de respuestas, destacándose que a los derechos de petición se les brinda respuesta de manera oportuna.</p> <p>Esta actividad tendrá cumplimiento en el segundo trimestre de 2024.</p>
RO 76	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, debido los periodos de contratación masiva que se adelantan.	<p>La profesional especializada del área de jurídica enviará por correo electrónico al personal encargado del cargue de los procesos en la plataforma SIA Observa, la relación de los contratos a cargar dentro de los tres días hábiles siguientes al acta de inicio de cada contrato, y se registrará la fecha del envío de la información en la matriz de seguimiento de contratación.</p> <p>Entregable: Matriz de seguimiento.</p> <p>La profesional especializada del área de jurídica aplica la herramienta de trabajo, matriz de seguimiento en Excel , registrando la aprobación del 100% de los contratos celebrados en la plataforma transaccional SECOP II, verificando dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al acta de inicio que la información de cada contrato se encuentre registrada y publicada en la Plataforma SIA OBSERVA, con el fin de que se subsane de forma inmediata la inconsistencia.</p> <p>Entregable: Matriz de seguimiento.</p>	<p>Se evidencia matriz de seguimiento realizado por la profesional especializada en la cual se verifica el cumplimiento en la oportunidad en la publicación en el SIA OBSERVA. De este seguimiento producto del tercer trimestre se identifica un caso particular en el mes de abril (contratación de marzo) en la cual los documentos del contrato fueron publicados oportunamente, sin embargo, a raíz de una corrección en el contrato se eliminó el documento anterior y al publicar el nuevo documento, se realizó de manera extemporánea.</p> <p>Esta oficina de control interno verificó la respuesta ofrecida por la oficina asesora jurídica, identificando que los demás documentos fueron publicados de manera correcta, a pesar de la extemporaneidad.</p> <p><b>Recomendación de la oficina de control interno:</b> Es necesario que, desde la oficina asesora jurídica, se verifique la posibilidad de realizar un control posterior de los contratos que requieran corrección en la documentación en el momento en que se verifica por la profesional especializada de jurídica al tercer día.</p> <p>No está de más que desde la oficina asesora jurídica se recalque a sus colaboradores la importancia de la publicación en la plataforma SIA OBSERVA dentro de los tres (3) días hábiles siguientes.</p>

De la evaluación de los controles se genera la siguiente recomendación:

**Recomendación de la oficina de control interno:** Es necesario que, desde la oficina asesora jurídica, se verifique la posibilidad de realizar un control posterior de los contratos que requieran corrección en la documentación en el momento en que se verifica por la profesional especializada de jurídica al tercer día.

No está de más que desde la oficina asesora jurídica se recalque a sus colaboradores la importancia de la publicación en la plataforma SIA OBSERVA dentro de los tres (3) días hábiles siguientes.

	<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: 36-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

## 19. RIESGOS GESTIÓN CONTROL INTERNO


Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.  
**Riesgo Operacional: Riesgo 77**

### 19.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CONTROL INTERNO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 77	Posibilidad de afectación económica, reputacional, sanciones fiscales, disciplinarias debido al incumplimiento por parte de los profesionales de la oficina de Gestión de Control Interno en el desarrollo del plan anual de auditorías de la vigencia.	El profesional de apoyo de la oficina de control interno realizará seguimiento mensual al Plan Anual de Auditorías, el cual será presentado en las reuniones de grupo primario evidenciándose mediante acta de grupo primario.	Se evidencian actas de comité primario de la oficina de control interno, de los meses de enero, febrero y marzo, en las cuales la profesional de apoyo de la oficina de control interno realiza un seguimiento mensual del plan anual de auditorías, analizando el porcentaje de cumplimiento de las actividades del mes anterior y expone las actividades para el mes actual. Lo anterior le permite a la jefe de la oficina, la toma de decisiones frente a retrasos o incumplimientos.
		El jefe de la oficina de control interno tomará las decisiones y ajustes necesarios de acuerdo al seguimiento del Plan Anual de Auditorías presentado por el profesional de la oficina de control interno de manera mensual evidenciado mediante acta de grupo primario.	Del análisis presentado por la profesional de apoyo de la oficina de control interno, la jefe de la oficina toma las decisiones frente a retrasos o incumplimientos en las actividades del plan anual de auditorías, frente a las actividades correspondientes al mes anterior. Frente a las actividades del mes en que se realiza el grupo primario, ante la exposición de las actividades por parte de la profesional de apoyo de la oficina, la jefe de la oficina de control interno designa el grupo auditor para adelantar las actividades y pone determina fechas de cumplimiento. Con esto se tiene un panorama completo del cumplimiento del plan anual de auditorías, que le permite tener control ante incumplimientos o retrasos.

## 20. RIESGO GESTIÓN DISCIPLINARIO INTERNO

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.  
**Riesgo Operacional: Riesgo 78**

	<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: 37-38
	<b>VERSION: 2</b>	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno


## 20.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2024)
RO 78	Posibilidad de afectación disciplinaria por falta seguimiento a los procesos disciplinarios asignados, debido a la inoportunidad que se presenta ante los miembros del Grupo de Control Disciplinario Interno.	<p>El Grupo de Control Disciplinario interno se reunirá de forma mensual para tratar las quejas recibidas en caso de que existan, con el fin de atender lo correspondiente al procedimiento disciplinario establecido en la entidad.</p> <p>EVIDENCIA: Certificación emitida por el Coordinador del Grupo del Control Disciplinario Interno sobre la reunión efectuada, junto con la lista de asistencia de los participantes.</p> <p>El Coordinador realiza la revisión de la información contenida en el Excel base de datos disciplinaria en donde están registrados todos los procesos disciplinarios y a través de correo electrónico o en la reunión adelantada por el Grupo, informará de forma mensual a los miembros del Grupo de Control Disciplinario Interno sobre las alertas del estado del proceso.</p> <p>EVIDENCIA: Certificación emitida por el Coordinador del Grupo del Control Disciplinario Interno sobre la reunión efectuada, junto con la lista de asistencia de los participantes o correo electrónico informando las alertas.</p>	Se evidencia certificaciones de la coordinadora del grupo formal de trabajo de Control Disciplinario Interno, correspondientes a los meses de febrero y marzo de 2024, en la cual se refleja que se realiza la revisión de las quejas allegadas al grupo formal y que la información del estado de los procesos es conocida con el grupo formal de trabajo de control disciplinario interno, con el fin de identificar las alertas en los procesos.

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

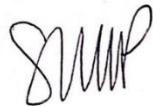
- Es importante concluir que no se presentaron materializaciones de riesgos para el primer trimestre de la vigencia 2024. Se denota mayor compromiso y dedicación de los líderes de proceso en el manejo del sistema general de riesgos.
- Se evidencia cumplimiento por parte de la entidad respecto a la estructuración de riesgos operacionales, de liquidez, actuarial y reputacional, cumpliendo con lo requerido en las circulares externas emitidas por la SuperSalud No. 20211170000004-5 y 20211170000005-5 de 2021, en las cuales se determinaba la conformación del subsistema de administración de riesgos de las entidades de salud.

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

- A pesar de los monitoreos constantes y el trabajo en la estructuración del mapa de riesgos, continúan las dificultades, esta vez para diferenciar los controles del plan de acción. Por lo tanto, se recomienda al área de Planeación, fortalecer en los monitoreos en este aspecto, dejando claro a los líderes de proceso las diferencias entre los controles y el plan de acción.
- Esta oficina de control interno, producto del seguimiento, emitió recomendaciones teniendo en cuenta lo evidenciado, por lo tanto, deben los líderes de proceso, gestionar una mesa de trabajo con Planeación con el fin de ajustar los riesgos, controles y plan de acción, según el resultado del seguimiento y evaluación por parte de esta oficina.

Equipo auditor:



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