

	<b>FORMATO DE COMUNICACIONES</b>	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 12-07-2024
	<b>CODIGO: CAL-F-027</b>	PAGINA: 1 - 1
	<b>VERSION: 4</b>	REVISO Y APROBO: Jefe Oficina De Calidad

1100-310- 20  
CI- 150

Bucaramanga, 30 de julio de 2024

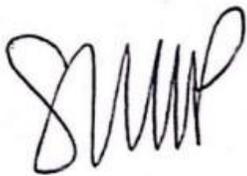
Doctor  
HERNÁN DARIO ZÁRATE ORTEGÓN  
Gerente  
E.S.E. ISABU  
Bucaramanga

Doctor  
MARTHA LILIANA CORDERO GÓMEZ  
Jefe Oficina Asesora de Planeación  
E.S.E. ISABU  
Bucaramanga

Asunto: Informe de seguimiento y evaluación al Mapa de riesgos operacionales II 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, liquidez actuarial y reputacional, correspondiente al II trimestre de la vigencia 2024.

Agradezco su atención.



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS  
Jefe Oficina de Control Interno

p/Martha Helena Duarte Gómez  
Profesional de apoyo Oficina de Control Interno

Firma \_\_\_\_\_  
Radicado: 00002899  
Enviado: 30/07/2024 - 4:46 p.m.  
ventanillaunica  
ESE ISABU



 <b>ISABU</b> <small>e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA</small>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 1-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

## INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES DE LA E.S.E. ISABU II TRIMESTRE VIGENCIA 2024

**Responsable del Proceso o subproceso:** Doctora  
MARTHA LILIANA CORDERO GÓMEZ  
Jefe Oficina de Planeación y Dirección Estratégico

### INTRODUCCION

El artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015 determina que las entidades públicas establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno.

Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno, 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.

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.

En este rol, las 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.

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 segundo 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.

### ALCANCE

Verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones y efectividad de los controles, definidos para el tratamiento de los riesgos institucionales identificados en cada uno de los procesos de la E.S.E ISABU, en lo correspondiente al segundo trimestre de la vigencia 2024.

### OBJETIVOS

- Realizar el seguimiento al avance de las acciones y las actividades asociadas al control para la mitigación de los riesgos, en los procesos establecidos en la E.S.E ISABU.
- Generar las recomendaciones u opciones de mejoramiento que le permitan a los procesos de la entidad una adecuada administración del riesgo.

### MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia Artículos 209 y 269
- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”, artículos 2 y 9.

 <b>ISABU</b> e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 2-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

- Decreto 648 de 2017: Art. 17 “Roles oficinas de Control Interno o quien haga sus veces” artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: “De las Oficinas de Control Interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control”.
- 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.

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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 3-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina 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 sesenta (60) 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, 30 y 31. Riesgo Reputacional: 81 y 82	9 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
19. Control Interno	Riesgo Operacional: 77	1 riesgo
20. Control Disciplinario Interno	Riesgo Operacional: 78	1 riesgo
<b>TOTAL</b>		<b>60 riesgos</b>

 <b>ISABU</b> <small>e.s.e. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA</small>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 4-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

- **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES - 2024 E.S.E ISABU- SEGUNDO TRIMESTRE**

A continuación, se relacionan los aspectos más relevantes de la evaluación de los controles:

### 1. RIESGOS GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Este proceso tiene priorizado siete (07) riesgos.

**Riesgos Operacionales:** Riesgos 25,26,27,28,29, 30 y 31

**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 (II 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 incumpliendo de la normatividad vigente 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>En cuanto al cumplimiento en los controles, se evidencia que la profesional especializada de planeación realizó solicitud a los líderes responsables de la medición y análisis de los indicadores de gestión correspondientes del primer trimestre de 2024 a través de correo electrónico los días 29 de abril a la Subgerencia Científica y el 14 de mayo a Calidad, Planeación, Jurídica y la Subgerencia Administrativa. Se realizó la consolidación de los resultados en la matriz de indicadores correspondiente al primer trimestre de 2024, los cuales fueron presentados en el comité CIGD. En cuanto al plan de acción el gerente realizó el Plan de Gestión para el periodo 2024-2027 el cual fue presentado ante la Junta Directiva y fue aprobado a través del Acuerdo No 004 del 28 de mayo de 2024 Por el cual se aprueba el Plan de Gestión del Gerente de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga - ESE ISABU, para el periodo 2024-2027.</p> <p>El Plan de Gestión se encuentra publicado en la página web institucional en el siguiente link: <a href="https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2024/06/ilovepdf_merged-16.pdf">https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2024/06/ilovepdf_merged-16.pdf</a></p> <p>El jefe de la Oficina Asesora de Planeación presentó en el comité CIGD del mes de mayo de 2024 el seguimiento de los indicadores de Gestión correspondientes al I trimestre de 2024, con los siguientes resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior: En este indicador se realizó ajuste a la línea base del indicador, es decir, al denominador, realizado por la oficina de calidad por el Dr. Pablo Sephy Roja y la Dra. Astrid Maldonado, quedando la medición como línea base de 1,50, el numerador se realizará la autoevaluación en los meses de enero y febrero de 2025.</li> <li>Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud: Durante el primer trimestre de 2024 se realizó la planeación del PAMEC: autoevaluación, priorización, definición de calidad esperada,</li> </ol>

			<p>medición de calidad observada, plan de acción el cual salió iniciando abril; sin embargo, ya se contaba con acciones planteadas para cumplir entre febrero y marzo, por lo anterior, se ejecutaron 13 acciones de mejora en el primer trimestre de 2024.</p> <p>3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional: 0,917</p> <p>4. Riesgo Fiscal y Financiero: La ESE ISABU se encuentra sin Riesgo de acuerdo con la Resolución 980 del 30 de mayo de 2024, por lo anterior no aplica este indicador.</p> <p>5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida: El indicador presenta estabilidad por su resultado igual a 1, debido a una igualdad relativa entre la producción y el costo/gasto de la entidad en el periodo de medición.</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.</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.</p> <p>8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS: 0 informes.</p> <p>9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo: 0,96 con corte al I trimestre de la vigencia 2024, obedeciendo a que al valor reflejado en el ingreso recaudado corresponde a lo aplicado con corte a marzo de 2024, en tanto que para el gasto la cifra reflejada corresponde a los compromisos adquiridos por la E.S.E ISABU en contratos de hasta 7, 8, 9, 10,11 y 12 meses de alcance garantizando con ello la contratación de personal operativo, los gastos de comercialización y los contratos claves para el funcionamiento de la Institución.</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: 0, Insatisfactorio, En este indicador se reportan 38 informes a la Supersalud, para el primer trimestre se reportó 11 informes, y a la fecha se lleva 19 reportes y uno de ellos se reportó de forma extemporánea, que es el formato ST006 reclamaciones por accidentes de tránsito, el cual se debía reportar a más tardar el 30 de marzo y se realizó el reporte el 11 de abril de 2024, siendo un reporte extemporáneo.</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: Informe presentado y sustentado, correspondiente al primer trimestre de 2024 del Decreto 2193 de 2004. Calidad y Producción: Sustentado el 18 de abril de 2024. Financiero: Sustentado 6 de mayo de 2024.</p> <p>21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación: 0,836.</p> <p>22. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE: 0 Casos.</p> <p>23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva: 1,00</p>
--	--	--	---

			<p>24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo: 1,00.</p> <p>25. Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas: 0,002.</p> <p>26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general: 2,28 días.</p> <p>SOPORTE: Circular de Invitación Comité CIGD, Matriz de consolidación de los indicadores de gestión vigencia 2024 y Acta del Comité CIGD No 7 del 31 de mayo de 2024.</p>
RO 26	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>En el segundo trimestre de 2024 la profesional especializado de Planeación realizó monitoreo al Plan de Acción MIPG 2023-2024, correspondiente al I trimestre de 2024, con corte al 31 de marzo donde se programó 16 actividades con una ejecución del 100% de lo programado y un cumplimiento acumulado de todo el plan del 63,16%, esta Plan va con vigencia hasta el 30 de junio de 2024, el cual está programado con 38 actividades para su ejecución.</p> <p>SOPORTE: Plan de Acción MIPG 2023-2024 con seguimiento del I trimestre de 2024.</p> <p>En cuanto al plan de acción la oficina Asesora de Planeación presentó el Índice de Desempeño Institucional en la Plataforma de FURAG, en los meses de abril y mayo de 2024, se entrega como soporte certificado de presentación completa y formulario diligenciado del FURAG de la vigencia 2023.</p>
		<p>El jefe de la oficina asesora de planeación presentará el seguimiento del Plan de acción de MIPG de forma trimestral a través del comité CIGD para la toma de decisiones frente a las actividades no alcanzadas, dejando registro en las actas del comité del CIGD.</p>	<p>El jefe de la oficina de Planeación presentó en el comité CIGD el seguimiento del I trimestre de 2024 del Plan de Acción MIPG 2023-2024, con corte al 31 de marzo se programó 16 actividades con una ejecución del 100% de lo programado y un cumplimiento acumulado de todo el plan del 63,16%.</p> <p>SOPORTE: Circular de Invitación Comité CIGD y Acta del Comité CIGD No 7 del 31 de mayo de 2024.</p>
RO 27	<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Entregable: Control de Asistencia de reuniones de asesoría en la construcción del PTEP y Programa de Transparencia y Ética Pública</p>	<p>Este control se ejecutó satisfactoriamente en el primer trimestre de 2024.</p>

		<p>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.</p> <p>Entregable: Acta de aprobación por Comité de Riesgos y publicación en la página Web</p>	<p>Este control se ejecutó satisfactoriamente en el primer trimestre de 2024.</p>
RO 28	<p>posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por no publicación de información pública en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.</p>	<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 envió correo electrónico de recordatorio a los líderes durante el trimestre evaluado (abril, mayo y junio de 2024), 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. Con esto se entiendo ejecutado el control con un cumplimiento satisfactorio.</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 formato se lleva de manera compilada y se evidencia información de enero a junio de 2024. 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	<p>Posibilidad de afectación administrativa, económica por demoras en los tiempos de estructuración, Por falta de conocimiento y rotación de personal</p>	<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>Se evidencia acta de reunión en la cual la jefe de la oficina de planeación expone al grupo de profesionales y al subgerente científico, el paso a paso para generar la necesidad de un proyecto. La reunión fue realizada el 14 de junio de 2024, cumpliendo con esto con el control establecido.</p>

	para la estructuración de la necesidad, causando reproceso en la formulación de los proyectos de inversión.	El profesional de apoyo de la oficina asesora de planeación 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.	Se evidencia acta de reunión del 20 de junio de 2024, en la cual se revisa y aprueba el cumplimiento de los requisitos del documento "necesidad del proyecto", se reunión para la revisión la jefe de la oficina de planeación, el grupo de profesionales y el subgerente científico, evidenciando con esto, el cumplimiento del control.
RO 30	Posibilidad de afectación de administrativa en el cumplimiento del plan de desarrollo por no realización y publicación de los boletines informativos.	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. Entregable: Listado de temas	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 (abril, mayo y junio de 2024). Con esto se cumple satisfactoriamente la ejecución del control.
		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.	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. Los boletines se encuentran publicados en la página web institucional en el link: <a href="https://isabu.gov.co/transparencia/boletines-informativos/">https://isabu.gov.co/transparencia/boletines-informativos/</a>

**GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO – RIESGO REPUTACIONAL**

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2024)
REPUTACIONAL 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	Se evidencia informe denominado " Informe de inducción y reinducción nuevos lineamiento segundo trimestre vigencia 2024", en el cual la comunicadora social expone los nuevos lineamientos gráficos adoptados por la ESE ISABU. Cumpliendo con ello con el control establecido. Es necesario precisar que, si los lineamientos del manual de comunicaciones cambian, es necesario realizar la socialización y estructurar el informe, ya que esto garantiza la adherencia a los lineamientos institucionales y con esto la ejecución correcta del control.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 9-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

REPUTACIONAL 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</p> <p>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.</p> <p>ENTREGABLE: Captura de pantalla del chat del WhatsApp</p>	Se evidencia informe denominado " informe de seguimiento R 83 al mapa de riesgos operacionales" en el cual la comunicadora social evidencia la recepción de solicitudes por parte de los líderes de áreas, el desarrollo de los contenidos y la aprobación final por parte del equipo de prensa de la alcaldía y de la jefe de planeación. Con esto se evidencia ejecutado el control establecido.
--------------------	---	---	--

## 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 (II 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 (abril, mayo y junio de 2024), 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 13 rondas para el segundo trimestre de 2024 realizándose 17 rondas distribuidas entre farmacia del HLN, radiología, cirugía, sala de partos, urgencia, hospitalización 3 y 4 piso, centro de salud Girardot y todos los servicios de la UIMIST. En los informes de las rondas de seguridad se consignan los resultados de las auditorias y se retroalimenta los resultados. Para el segundo trimestre de 2024 se evidenció de manera general que los resultados de las auditorias son positivos. El control se ejecuta de manera correcta evidenciándose su efectividad.

		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 I trimestre de 2024, llevado a cabo en el mes de abril de 2024. Este Comité se desarrolla de manera trimestral y se tiene programado surtir el próximo comité el día 18 de julio de 2024, correspondiente al II trimestre 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. El control se ejecuta de manera correcta evidenciándose su efectividad.
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 ocho (8) actas de seguimiento a los procesos con plan de acción PAMEC con corte a 30 de junio de 2024, se adjunta matrices de seguimiento por cada estándar de acreditación con corte a 30 de junio de 2024. El resultado del seguimiento arrojó como resultado de avance un porcentaje de 40% de avance, encontrándose que ninguna acción se encuentra atrasada por lo tanto no hay necesidad de generar alertas.
		El profesional de calidad encargado de la implementación del Pamec realizará de manera semestral presentación de los avances del Pamec en la reunión del equipo transversal de mejora continua, donde la gerencia tomará medidas correctivas en el caso que se encuentren acciones atrasadas PRODUCTO ENTREGABLE: Acta de reunión	Se evidencia acta de equipo transversal del mejoramiento realizada en el mes de marzo de 2024, en donde se entregaron los resultados del PAMEC de la vigencia 2023 y se estableció el inicio de la implementación del PAMEC 2024. La próxima reunión se realizará en el mes de agosto con el fin de presentar el segundo seguimiento de avance con corte a 30 de junio de 2024.
RO 33	Posibilidad de Pérdida 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 evidencian 10 listas de chequeo correspondientes a: Centros de salud Santander y Girardot, HLN los servicios de: Consulta Externa, Farmacia, Laboratorio, Radiología, Urgencias, Hospitalización, Transporte asistencial y sala de partos. Se evidencia toma de captura de los correos enviados a los líderes comunicando los hallazgos encontrados en cada servicio. A manera general se encuentra un buen desarrollo en los procesos, sin embargo, se destacan debilidades en el estándar de infraestructura. Este control se aplica de manera correcta lo que evidencia su efectividad.
		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. Hasta la fecha de corte es decir 30 de junio de 2024, se evidencia un cumplimiento de 100% de las actividades. El control resulta efectivo ya que permite llevar un seguimiento de las actividades con el fin de cumplir con los estándares de habilitación.

RO 34	Posibilidad de afectación disciplinaria, administrativa y 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 sólidos generados en la atención en salud y otras actividades	<p>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.</p> <p>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</p>	<p>Se evidencia informe de las inducciones solicitadas por Convenios y las reinducciones solicitadas por los diferentes servicios, llegándose a un impacto de 1421 personas capacitadas. Con esto se da cumplimiento satisfactorio del control.</p> <p>Se evidencia cronograma de auditorias correspondiente al área ambiental para ser ejecutadas en el segundo trimestre 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 segundo 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.</p>
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 lideres y equipo directivo, falta de articulación en los procesos y ausencia de orden jerárquico	<p>El profesional de habilitación emitirá circular a los lideres de proceso actuales y cuando haya cambio de lideres, 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.</p> <p>el profesional de habilitación verificará el cumplimiento de los criterios de habilitación cada vez que el líder solicite apertura de un servicio, aplicando lista de chequeo y entregará al líder un informe del resultado de la aplicación de la lista de chequeo informando si el servicio es apto para apertura o se debe realizar ajustes de acuerdo a estándares de habilitación, esto se realizará vía correo electrónico</p> <p>producto entregable: lista de chequeo aplicada e informe</p>	<p>Se evidencia circular de 16 de junio de 2024, 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.</p> <p>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.</p> <p>Para el periodo evaluado se recibió solicitud de apertura de servicio por parte de la subgerencia científica, para el servicio de optometría en el centro de salud rosario. desde habilitación se hace entrega del oficio de solicitud a la secretaria de salud departamental con los soportes requeridos para la habilitación del servicio solicitado, la cual posteriormente emite distintivo que certifica la habilitación del servicio.</p>
RO 36	Posibilidad de afectación económica, reputacional, por incumplimiento del plan de mejoramiento derivado de las auditorias externas de EPS y entes de control, por falta de seguimiento por parte de la oficina de calidad	<p>La profesional de habilitación encargada de la atención de las auditorias externas realizará apoyo a él diligenciamiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoria externa realizada y enviará de manera oportuna a la EPS o ente de control cada vez que se genere plan de mejoramiento y en el tiempo establecido de acuerdo a requerimiento de la EPS</p> <p>producto entregable: pantallazo de correo de envío de plan de mejora a la eps</p>	<p>Se evidencia correo electrónico por medio del cual la profesional de habilitación envía plan de mejoramiento a la secretaria de Salud Municipal, como resultado evaluativo del componente de higiene de manos del programa de infecciones.</p>

		La profesional de habilitación encargada de la atención de las auditorías externas realizará seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa realizada. Si se evidencia en el seguimiento acciones atrasadas, se notificará a la dirección técnica y la subgerencia correspondiente. producto entregable: matriz de seguimiento plan de mejoramiento auditoría externa, pantallazo de correo de seguimiento a las acciones próximas a vencer	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 auditorías externas, dando un cumplimiento del 100% de lo programado. Con esto se cumple satisfactoriamente con el control.
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  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.	Se evidencia documento en el cual se recopila la captura 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 información enviada por los líderes es consolidada por la técnica 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 (II 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 medico por centro de salud mensualmente a través de matriz de Excel denominada cálculo de horas médico.  Las directoras técnicas realizan seguimiento diario a la oportunidad de medicina general, evidenciado mediante herramienta de Excel tomando los correctivos necesarios.	En la matriz de seguimiento de la oportunidad correspondiente al segundo trimestre (abril, mayo y junio) en el cual 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 ejecución del control de manera satisfactoria.  Se evidencia matriz de seguimiento de la oportunidad en medicina general y odontología correspondiente a la zona norte y sur del segundo trimestre (abril, mayo y junio) de 2024, en la cual se consigna diariamente la oportunidad presentada en cada centro de salud. Se evidencia ejecución del control de manera satisfactoria.

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 revisaran 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. De igual se analiza por servicio la consulta prioritaria garantizada a un día de atención. Teniendo en cuenta lo anterior se entiende ejecutado el control de manera correcta.
		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 ESE ISABU comprometida con su objetivo y razón de ser, una institución de primer nivel de atención en salud realiza no solo las atenciones denominadas de morbilidad sino también realiza las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, caracterizadas según cada curso de vida.  Los resultados consolidados por trimestre son: 985 atenciones de consulta externa extendida. Con esto se considera que el control fue ejecutado de manera correcta.
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 archivo en Excel correspondiente al trimestre evaluado donde se visualiza la agenda de los especialistas de forma mensual con el fin de conocer los horarios y las disponibilidades de cada médico para la programación de citas. Teniendo en cuenta lo anterior el control se ejecuta satisfactoriamente.
		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. Hasta la fecha no se ha podido por disponibilidad de tiempo, socializar el análisis con la directora de las unidades hospitalarias, sin embargo, esta actividad se puede desarrollar en los próximos meses.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 14-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina 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 (II TRIMESTRE 2024)
RO 41	Posibilidad de pérdida de imagen, económica, sanción disciplinaria y reputacional por sanciones de entes de control y reclamación de los involucrados debido a el incumplimiento de los estándares mínimos de SGSST	El profesional de SST diseñará y ejecutará un Plan de trabajo de acuerdo a 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 para el trimestre evaluado. 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.	Como cumplimiento del control No. 2, la profesional de SST presenta medición del indicador, en el cual se refleja que en el mes de abril se alcanzó un porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de trabajo de SG - SST del 80%, en mayo de 84% y en junio de 82%, cumpliendo con la meta establecida. Con esto se evidencia la ejecución a satisfacción del control establecido.
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.	Mediante certificación de 10 de julio de 2024, la profesional universitaria de Talento Humano manifiesta que "Que, revisados los archivos institucionales se evidencia que en el periodo de 01 de mayo de 2024 a la fecha no se han presentado desvinculaciones del personal, por tanto, no se ha requerido la presentación del documento GTH-F-003 Entrega del cargo". Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente.

 <b>ISABU</b> e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 15-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

## 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 (II 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	<p>El profesional de atención al usuario diariamente registra las pqr en el módulo panacea para que el líder de respuesta a la pqr, se evidencia mediante la matriz de Excel exportada de la herramienta PANACEA</p> <p>El Profesional de atención al usuario diariamente revisa el cumplimiento de la respuesta de la pqr de acuerdo a normatividad vigente, se evidencia mediante matriz de Excel exportada de la herramienta PANACEA e informe de PQRSF trimestral</p>	<p>Se evidencia archivos en Excel, correspondientes al segundo 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.</p> <p>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.</p> <p>Se evidencia archivo en Excel mensuales, correspondiente al segundo 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.</p> <p>La aplicación del control logra identificar faltas de respuesta, tomando medidas eficaces que eviten la materialización del riesgo, por esta razón el control resulta efectivo.</p>

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 16-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina 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 (II 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.	Se evidencia acta de socialización del 31 de mayo de 2024, en el cual el líder de urgencias en el marco del Grupo Primario socializa el procedimiento de custodia legal a los enfermeros del Hospital Local del Norte. Se destaca el componente teórico - practico que se desarrolló en el grupo primario. En informe de riesgo de gestión operacional firmado por el líder de urgencias, se especifica que de los dos casos presentados de atención de violencia sexual que requirieron cadena de custodia legal de material probatorio y evidencia física se identificó el diligenciamiento correcto en uno de ellos, mientras que el otro presentó debilidades, que fueron corregidas de manera inmediata mediante capacitación al enfermero jefe. Se ejecuta el control de manera correcta para el periodo evaluado evidenciando su efectividad.

 <b>ISABU</b> e.s.e. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 17-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina 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 (II 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 auditorias en el mes al suministro de medicamentos realizada por los auxiliares de enfermería en el sistema panacea, con el objetivo de identificar la omisión causada por estos, evidenciado mediante informe.	<p>Respecto al plan de acción, no se dio ingreso de personal nuevo, por lo tanto, no fue necesario realizar inducción en el tema de descarga de suministro de medicamentos.</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 presenta Se puede concluir con el presente informe que mediante las auditorias se ha logrado aumentar la adherencia de los auxiliares de enfermería a una de las funciones establecidas en cada uno de sus contratos y con la cual se puede disminuir las demoras en los egresos de los pacientes y por consiguiente lograr que disminuyan las pérdidas económicas por el no suministro de medicamentos en la plataforma PANACEA.</p> <p>Al revisar el informe del 1er trimestre de 2024 y comparar con el 2do trimestre podemos analizar que en el primer trimestre se evidencio un 8.1% de omisión en el suministro de medicamento a comparación del 2do trimestre en el cual se obtuvo un 5.8%, dato con el cual podemos concluir que las acciones de inducción, reinducción y capacitación del personal de enfermería encargado de realizar dicha función ha logrado un mayor cumplimiento.</p>

 <b>ISABU</b> e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 18-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina 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 (II 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 el trimestre evaluado (abril, mayo y junio de 2024) 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. Se evidencia informe trimestral en el cual se analiza que durante el segundo trimestre de 2024 se encuentran un total de procedimientos programados realizados efectivamente a 314 usuarios, con un total de pacientes con orden de procedimiento quirúrgico de 373 usuarios de los cuales se realiza captación telefónica para ofertamiento de agenda quirúrgica a lo cual el paciente desiste por diversas causales ( disponibilidad de tiempo entre otros ) para un total de 59 pacientes que desisten, por lo cual se realizan el análisis frente al cumplimiento de indicador; con un cumplimiento del objetivo frente a la mitigación del riesgo del 84.1%.

 <b>ISABU</b> e.s.e. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 19-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

## 9. RIESGOS GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO

Este proceso tiene priorizados dos (02) riesgos.

**Riesgos Operacionales:** Riesgos 46 y 47

### 9.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO TERAPEUTICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2024)
RO 46	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 discontinuados	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.	Respecto al cumplimiento del plan de acción la regente de farmacia diligencia el formato FAR-F-045 realizando la proyección para el mes de abril la proyección de pedido se realizó con la rotación de los meses octubre 2023-enero 2024, debido a que por daño en el informe de ARTICULOS POR DOCUMENTO del sistema PANACEA no fue posible conocer el consumo de medicamentos y dispositivos médicos del mes de febrero y marzo. Solo se realizó compra para servicio farmacéutico HLN y UIMIST.  En este mismo formato (FAR-F-045) la regente de farmacia realiza un control mensual de existencias de inventarios utilizando la plataforma PANACEA.  Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.

		<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 discontinuados en el canal institucional, 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. Se destaca del informe presentado que no se evidencia reporte mencionado del mes de mayo, informando la líder del servicio farmacéutico que debido a que en ese mes se desconocía la designación de nuevo supervisión y debido a esto no se logró concretar el envío del informe.</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>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 evidenciara mediante informe mensual.</p>	<p>La líder de terapias informa mediante oficio que para los meses de abril a junio no se registraron ingresos de personal por lo tanto no se ejecutó el control.</p> <p>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 junio de 2024, realizándose los ajustes necesarios, permitiendo con ello mayor control y calidad del dato en la información manejada respecto a las actividades realizadas.</p>

 <b>ISABU</b> e.s.e. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 21-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

## 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 (II 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 a al laboratorio clínico, evidenciado ante acta al finalizar el periodo de inducción.	Para el trimestre evaluado se realizó capacitación en control de calidad y verificación de ensayos clínicos. Para evidenciar la capacitación se anexa acta de 24 y 25 de junio de 2024 en la cual se imparten las directrices del tema. Con lo anterior se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
		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.	<p>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 dieciocho (18) supervisiones en el Centro de Salud Kennedy, Campo Hermoso, Girardot, Pablo VI, Colorados, Café Madrid, IPC, Villa Rosa, Joya, San Rafael, Santander, Gaitán, Bucaramanga, Regaderos, Rosario, Toledo, Libertad y Cristal.</p> <p>Los resultados de las supervisiones se recopilan en un informe en el cual se concluyó que: "Para el segundo trimestre se realizaron 18 supervisiones en los centros de salud al área de toma de muestras, se reforzo en la presentación al paciente, el cuidado del paciente, humanización y adecuada prestación del servicio, el cambio de guantes entre cada Paciente, lavado de manos y etiquetar las muestras. Con lo anterior se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>

 <b>ISABU</b> e.s.e. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 22-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina 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 DIAGNÓSTICO- RADIOLOGÍA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II 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.	<p>El profesional de rayos x, realizara inducción y reinducción al personal de facturación realizando medición de la apropiación del conocimiento mediante herramienta tecnológica Google Form, con una periodicidad trimestral.</p> <p>ENTREGABLE: Actas y Evaluaciones.</p> <p>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.</p>	<p>Se evidencia cumplimiento de cronograma de capacitaciones del mes de abril con dos (2) capacitaciones realizadas a personal de facturación, cumpliendo con ello los puntos esenciales del proceso de agendamiento, preparación y facturación de los estudios radiológicos de mayor incidencia de falla dentro del proceso de facturación dentro de la ESE ISABU. Con esto se evidencia el cumplimiento del control de manera satisfactoria, demostrándose su efectividad.</p> <p>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 segundo 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. Se evidencia cumplimiento del control de manera satisfactoria, 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.</p>

 <b>ISABU</b> e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 23-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

## 12. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA- ODONTOLOGÍA

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

**Riesgo Operacional:** Riesgo 5

### 12.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA- ODONTOLOGÍA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II 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	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	Con el fin evidenciar la ejecución del control se observan formatos de registro de consentimiento, mostrándose solo una muestra de los tres (3) centros de salud donde se presta el servicio. Esta información se recopila en un informe en el cual se concluye que no se presentaron desviaciones en el indicador, ya que el número de consentimientos informados coincide con el número de tomas realizadas y registradas en el formato de registro y estimación de dosis en los diferentes centros de salud donde se toman radiografías periapicales (Mutis, Rosario y Girardot). Lo anterior evidencia una ejecución adecuada del control.
		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.	Se evidencia archivo en el cual se relaciona la información del paciente, el número de radiografías que se toman y la estimación (técnica que se utiliza con el equipo) y el responsable de tomar la radiografía, con el fin de identificar la radiación que recibe el usuario y si se utiliza la técnica adecuada, además de servir de control para el conteo de las radiografías tomadas.  Esta información se registra por centro salud y de manera mensual. Lo anterior evidencia una ejecución adecuada del control.

 <b>ISABU</b> <small>e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUARAMANGA</small>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 24-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

### 13. RIESGOS GESTIÓN SALUD PÚBLICA

Este proceso tiene priorizados seis (6) riesgos.

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

#### 3.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2024)
RO 51	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por la demora de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	el auxiliar de enfermería del área de vigilancia verifica semanalmente y mensualmente los diagnósticos que generan los RIPS con lo reportado en el sistema de vigilancia epidemiológica, en caso de no hacer reporte por el médico responsable del reporte se notifica de manera inmediata se notifica a la jefe del centro de salud para realizar la respectiva notificación al sistema de vigilancia epidemiológica, de lo cual se entregara un informe de forme semanal y mensual.	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 epidemiologia, donde se revisa la calidad del dato de la ficha para su respectivo reporte en el SIVIGILA. El segundo momento es el control que se realiza del 100% de las atenciones institucionales de las UPGD de la ESE ISABU, donde se verifica los RIPS y se genera la BAI (Búsqueda activa institucional) donde se identifican los diagnósticos que cumplen con el criterio de los eventos de salud pública. Una vez identificado un evento que no ha sido captado en la atención, se informa a la UPGD responsable para que genere la ficha de vigilancia epidemiológica y el respectivo cargue en el SIVIGILA. Se aportó archivo en EXCEL correspondiente a la BAI y la ficha de indicador donde se evidencia que el 100% de los eventos fueron notificados para el trimestre evaluado (abril, mayo y junio de 2024).
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.	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.	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, correspondiente al trimestre evaluado. De resaltar para el periodo evaluado, se identificó en el seguimiento que todas las gestantes recibidas en el ingreso de control prenatal fueron tamizadas correctamente, generando con ello un cumplimiento del 100% en el cierre de la cohorte del mes.

		<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 diagnóstico.</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 segundo 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. En el trimestre evaluado, se reportaron la totalidad de las gestantes con tratamiento, sin embargo, en el contexto de la población migrantes, dos de las gestantes identificadas que son de difícil localización no ha sido posible terminar con el tratamiento. Sin embargo, el tratamiento se aplicó hasta donde se tuvo dominio del caso.</p>
RO 53	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>Se evidencia cuadro en Excel correspondiente a las diferentes EPS y por centros de salud, en las cuales se relaciona los pacientes a los que se les realiza demanda inducida para la asistencia en la toma de laboratorios ya sean domiciliarios o en los centros de salud. Con el diligenciamiento de la base de datos de gestión del riesgo se ejecuta el control de manera satisfactoria.</p>
		<p>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.</p>	<p>La líder de la ruta cardiometabólica manifiesta que, debido al cambio de auditor médico, las auditorías a las historias clínicas propuestas en el control No. 2, se retrasaron en su ejecución, sin embargo, a la fecha se están realizando.</p> <p><b>Recomendación de control Interno:</b> Ante la no ejecución, se podría afectar la efectividad del control en el periodo evaluado, ya que la falta de ejecución de un control podría determinar el mal diseño de este que conllevaría a la materialización de un riesgo. Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario que se realice mesa de trabajo con planeación a fin de analizar el control establecido y determinar si es o no necesario ajustar su contenido.</p>
RO 54	<p>Posibilidad de afectación reputacional y administrativas por incumplimiento a la implementación de la política IAMII institucional debido a la falta de adherencia a la política IAMII Institucional por parte de los funcionarios de la E.S.E ISABU</p>	<p>La líder de salud infantil asesorará a los líderes 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</p>	<p>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. Se evidencia formato de autoapreciación de 22 unidades ambulatorias y dos hospitalarias, cumpliendo con ello lo dispuesto en el cronograma. Con esto se evidencia cumplimiento del control, ya que se aplicó el 100% de la encuesta de autoapreciación.</p>

		<p>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.</p>	<p>Se evidencia acta de Comité IAMII celebrado el 7 de mayo de 2024, en el cual se socializa los resultados de la encuesta de autoapreciación del primer semestre y la propuesta del plan de mejora. Como resultado promedio de la autoapreciación en las unidades ambulatorias es del 86.2% teniendo como pasos con plan de mejora el paso 2, paso 6 y 10 y el paso 7 no aplica ya que se refiere a trabajo de parto. En cuanto a las unidades hospitalarias el promedio de autoapreciación fue de 92% con mejora para el paso 2 y no aplica el paso 8 relacionado con los controles de ruta. Con esto se entiende aplicado el control de manejo efectiva.</p>
RO 55	<p>Posibilidad de pérdida económica, por multa o sanción por parte del ente de control, afectación reputacional por pérdida del biológico, debido a falta de adherencia a los protocolos de manejo de la cadena de frío en la ESE ISABU</p>	<p>La auxiliar de apoyo de vacunación realiza entrega de los insumos PAI a los diferentes centros de salud utilizando el aplicativo pai web según necesidad, evidenciando cantidad y tipo de vacunas entregadas en los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias.</p>	<p>Con el fin de cumplir con la ejecución del control se evidencia documento denominado " entrega de insumos PAI a los diferentes centros de salud a través del aplicativo PAIWEB" correspondiente al trimestre evaluado (abril, mayo y junio de 2024) en los cuales se evidencia una muestra de la entrega por mes que se realiza de los insumos de vacunación que incluyen biológicos, jeringas y papelería. 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 frío e insumos PAI, de conformidad con el cronograma de capacitaciones y auditorías previamente establecido. Se cumplió para el periodo evaluado con el 100% de los programado. Con lo anterior se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>
		<p>La Coordinadora del PAI realiza auditoria a los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias según cronograma, verificando el control de la cadena de frío, dejando como evidencia un informe de análisis de los resultados y compromisos.</p>	<p>Se evidencia actas de visitas de auditorías realizadas por la coordinadora PAI, en los cuales se evalúan todos los componentes del PAI incluido red frío. En el mes de abril se realizaron cuatro (4) visitas, mayo, cuatro visitas (4) y en junio se realizaron cuatro (4) visitas, cumpliendo con lo programado en el cronograma de auditorías. Con lo anterior se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>
RO 56	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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 segundo trimestre del 2024, se identificó: COOSALUD con un cumplimiento del trimestre de 92%, NUEVA EPS un cumplimiento de 81.2% y SANITAS un 52.3%. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>

 <b>ISABU</b> e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 27-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

		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 Auditoria	Se evidencia cronograma e informe de auditorías correspondiente al segundo 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. De estos procesos de auditoria se puede destacar que se tomaron 205 muestras en algunos de centros de la ESE ISABU con una adherencia del 80%, considerándose un resultado optimo. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
--	--	---	--

**Evaluación de la efectividad de los controles:** Para la fecha de la evaluación de controles, se identificó que la líder de la ruta cardiometabólica no presentó evidencia suficiente de las auditorías a las historias clínicas que se determinaron como control del riesgo No. 53. Lo anterior podría afectar la efectividad del control en el periodo evaluado, ya que la falta de ejecución de este podría determinar el mal diseño y conllevar a la materialización de un riesgo.

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

No olvidemos que, en cuanto a controles, las guías de administración del riesgo de la Función Pública resaltan que: **“Para la adecuada mitigación de los riesgos, no basta con que un control esté bien diseñado, el control debe ejecutarse por parte de los responsables tal como se diseñó. Porque un control que no se ejecute, o un control que se ejecute y esté mal diseñado, no va a contribuir a la mitigación del riesgo”**.<sup>1</sup>

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

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

## 14. RIESGOS GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

Este proceso tiene priorizados cuatro (4) riesgos.

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

<sup>1</sup> Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 4 de octubre de 2018, página 59.

 <b>ISABU</b> <small>e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA</small>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 28-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

#### 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 (II 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 auditoria aleatoria mensual al personal de apoyo al almacén a fin de verificar el cumplimiento de las cantidades solicitadas, verificación de existencia e insumos a entregar, lo anterior se evidenciará a partir de un informe.	<p>La almacenista general explica que debido a su entrada reciente a la entidad no conocía el mapa de riesgos operacionales, por lo tanto, no fue posible ejecutar los controles para el trimestre evaluado. No se hace entrega de evidencias de la ejecución de control para el periodo evaluado.</p> <p><b>Recomendación de control interno:</b> Ante la falta de ejecución del control, es necesario que se realice una mesa de trabajo con planeación con el fin de evaluar las implicaciones de ello y la manera de ajustarlos para que sean efectivos y le impacten positivamente al riesgo. Lo anterior podría afectar la efectividad del control en el periodo evaluado, ya que la falta de ejecución de un control podría determinar el mal diseño de este que conllevaría a la materialización de un riesgo. Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario que se realice mesa de trabajo con planeación a fin de analizar el control establecido y determinar si es o no necesario ajustar su contenido.</p>
		El personal de apoyo al almacén realizará auditorias 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.	
RO 58	Posibilidad de pérdida económica por perdida de activos de inventariados a cargo de los colaboradores debido a falta de adherencia al procedimiento de manejo y control de inventarios y falta de supervisión del contratista para que finalizado el contrato haga entrega efectiva de los bienes a su cargo	La profesional de inventarios realizará asignación de inventario cada vez que ingrese personal de planta a la institución, evidenciándose por medio de formato ALM-F-038 FORMATO ASIGNACIÓN DE ACTIVOS, el cuál debe estar firmado por el jefe inmediato. Entregable: ALM-F-038 FORMATO ASIGNACIÓN DE ACTIVOS diligenciado	<p>Se evidencia formatos ALM-F-038 FORMATO DE ASIGNACION DE ACTIVOS, debidamente diligenciado y firmados en la cual se evidencia la asignación a personal de planta de activos fijos, correspondientes al trimestre evaluado.</p> <p><b>Recomendación de control interno:</b> Esta oficina recomienda realizar un análisis del control ya que se expresa que el formato de asignación debe estar firmado por el jefe inmediato y no se está ejecutando de esa manera.</p>
		El jefe Almacenista General realiza auditorias de acuerdo a cronograma, con el fin de verificar el inventario inicial realizado el año inmediatamente anterior, de esto se deja evidencia en un acta de cada dependencia auditada, en la cual se tomarán las medidas o acciones de mejora a las que haya lugar	

			consignadas las recomendaciones realizadas con el fin identificar reiteraciones.
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.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 2024
		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. Según cronogramas hasta la fecha se cumple con los programado. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
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.	Este control se cumplió en el primer trimestre de 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.

**Evaluación de la efectividad de los controles:** Para la fecha de la evaluación de controles, manifiesta la almacenista general que desconocía el mapa de riesgos operacionales y que, por lo tanto, no tenía conocimiento del control que debía ejecutar. Ante esto el análisis del control podría derivar en un mal diseño de este o poca efectividad a pesar de no haberse materializado el riesgo.

Recordemos lo señalado por la Guía para la administración del riesgo de la DAFFP, acerca de los controles no ejecutados: **“Para la adecuada mitigación de los riesgos, no basta con que un control esté bien diseñado, el control debe ejecutarse por parte de los responsables tal como se diseñó. Porque un control que no se ejecute, o un control que se ejecute y esté mal diseñado, no va a contribuir a la mitigación del riesgo”**<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 4 de octubre de 2018, página 59.

 <b>ISABU</b> e.s.e. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 30-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

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

**Recomendación de control interno:** Esta oficina de control interno recomienda a la almacenista general realizar mesa con planeación con el fin de apropiarse mejor de los riesgos del área y sus controles evitando situaciones que podrían desencadenar una materialización de riesgos.

En cuanto al control del riesgo No. 58, esta oficina de control interno recomienda realizar un análisis del control ya que se expresa que el formato de asignación debe estar firmado por el jefe inmediato y no se está ejecutando de esa manera.

Aunado a lo anterior, se identificó que en las actas que sirven de control en el riesgo No. 58 se relacionen los activos fijos que fueron identificados que no concordaban con la información de PANACEA, con el fin de confrontar en próximas auditorías que los cambios se ejecutaron, de igual manera dejar consignadas las recomendaciones realizadas con el fin identificar reiteraciones.

## 15. RIESGOS GESTIÓN DE LAS TICS

Este proceso tiene priorizados cuatro (4) riesgos.

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

### 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 (II 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) de forma. Entregable: 1. Un Informe del estado inicial de políticas y reglas de seguridad configuradas en los dispositivos firewall y antivirus. 2. cada vez que se genere una actualización se evidenciara mediante informe semestral.	Se evidencian informes del estado inicial de políticas y reglas de seguridad firewall y antivirus" en el cual se consigna la configuración de las reglas y políticas implementadas en todos los equipos de la ESE ISABU. Para la evaluación del presente trimestre evaluado (abril, mayo y junio) no fue necesario modifica las políticas y reglas del firewall y antivirus, ya que revelan un nivel general adecuado de conformidad con los estándares de seguridad. Con esto se entiende ejecutado el control, toda vez que no fue necesario modificar las políticas establecidas inicialmente.

		<p>Detección y bloqueo automático de las herramientas de seguridad Firewall y antivirus 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:(4) Informes donde se evidencie Detección y bloqueo automático de las herramientas de seguridad Firewall y antivirus ante posibles accesos no autorizados a la red corporativa.</p>	<p>Se evidencian informes de operación y funcionamiento del Antivirus y el Firewall, en los cuales se identificó que para el antivirus la efectividad del boqueo y acceso a sitios web restringido fue de un 100%, logrando un nivel de seguridad aceptable dentro de las configuraciones previamente establecidas en las consolas de administración. Respecto al Firewall, se cumplió en un 100% en la eficacia y la robustez de las medidas de seguridad implementadas en la red, garantizando integridad de los datos. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>
RO 62	<p>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.</p>	<p>El grupo de sistemas de información ejecuta procedimiento de gestión del cambio (SIS-P-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 nueva versión y parches de seguridad. Entregable: Formato de Gestión Del Cambio (SIS-P-023)</p>	<p>Se evidencia formato de gestión del cambio en el cual el ingeniero de sistemas de información registra todos los cambios emitidos por normatividad por parte del proveedor para instalación y actualización al sistema PANACEA. De igual manera se evidencia informe en el cual se compila el detallado de los cambios normativos y regulatorios realizados. Lo anterior garantizando el funcionamiento óptimo del sistema PANACEA. Con esto se entiende que el control fue ejecutado de manera satisfactoria.</p>
RO 63	<p>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.</p>	<p>El Contratista de apoyo de sistemas crea el cronograma de mantenimiento anual y este es socializado al equipo de trabajo para su respectivo cumplimiento. Entregable: Cronograma y evidencia de socialización.</p>	<p>Esta actividad se cumplió en el primer trimestre de 2024</p>
		<p>El líder del grupo de infraestructura tecnológica realiza la verificación y seguimiento del cumplimiento y ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo establecido, realizando comparativo del formato único control de soportes Vs cronograma Entregable: Informe de ejecución del cronograma.</p>	<p>Se evidencia formatos únicos de control de soporte en el cual el usuario acepta el servicio de mantenimiento realizado por el grupo de soporte técnico. Los mantenimientos programados para el primer semestre según informe se cumplieron en un 100% según lo establecido en el cronograma.</p>
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>Esta actividad se cumplió en el primer trimestre de 2024</p>

 <b>ISABU</b> <small>e.s.e. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA</small>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 32-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

## 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

### 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 (II TRIMESTRE 2023)
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	Con el fin de cumplir con el plan de acción, la tesorera reporta el flujo de caja, para con ello establecer una programación mensual de pagos a contratistas (CPS y proveedores) de acuerdo a 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 del segundo trimestre de 2024.  Para evidenciar la ejecución del control se cuenta con pantallazos de correos electrónicos enviados a los supervisores que radicarón en la plataforma SECOP II las cuentas y que presentan inconsistencias que no permiten el pago.  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.
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	Con el fin de cumplir con el plan de acción, se evidencia acta de socialización por parte de SOCICONTROL (contratistas de cartera) en el mes de mayo, quienes imparten capacitación acerca de las causales de glosas más representativas por cada una de las EPS. De igual manera se realiza depuración de cartera, con las diferentes aseguradoras una vez se surte la respectiva conciliación.  Para evidenciar la ejecución del control, se tiene un archivo en Excel de los meses de abril a junio en el cual se realizó la depuración de cartera de acuerdo a las conciliaciones adelantadas. Este control le permite al proceso de cartera determinar las

			causales representativas de glosa y actualizar la cartera.
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.	<p>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</p> <p>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</p>	<p>Para el cumplimiento del plan de acción se presenta cronograma de fechas de radicación establecidas por las diferentes entidades responsables de pago, correspondientes al periodo evaluado, a su vez para la ejecución del control, se tiene que dicho cronograma es dado a conocer oficialmente al área de facturación.</p> <p>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 realizado en el mes de abril de 2024, que se anexa como soporte de cumplimiento del plan de acción y del control establecido para minimizar el riesgo.</p>
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.	<p>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</p> <p>El apoyo profesional de contabilidad realiza revisión mensual registrada en el software PANACEA módulo de contabilidad sobre la acusación 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</p>	<p>Para evidenciar el cumplimiento del control se cuenta con correos electrónicos de los meses evaluados, emitidos por el contador dirigidos al tesorero, almacén y otras áreas que intervienen en el proceso, con el fin de notificar las fechas de cierre contable.</p> <p>Se adjunta en documento en Excel, la relación de las retenciones realizadas en el periodo evaluado, pudiéndose evidenciar casos en los cuales se evidenciaron desviaciones en la aplicación de descuentos de impuestos, los cuales fueron dados a conocer al área de tesorería por medio de correo electrónico con el fin de realizar los ajustes y tomar los correctivos a los que haya lugar. Se cuentan con documento Excel que valida el cálculo de impuestos como cumplimiento efectivo del control.</p>
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	<p>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</p> <p>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</p>	<p>Con el fin de evidenciar el cumplimiento del plan de acción y el control, el profesional de apoyo del proceso de facturación revisa constantemente la bitácora de remisiones, realizando auditoria para determinar los servicios de ambulancia que están pendientes por facturar. Las situaciones evidenciadas se consignan en un informe firmado por la coordinadora de facturación.</p> <p>Se evidenciar informe correspondiente al trimestre evaluado 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.</p>

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 preradicada en el sistema panacea ENTREGABLE: Acta de cargos	Se evidencian actas denominadas "revisión cargos pendientes" correspondientes al periodo evaluado 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.

**GESTIÓN FINANCIERA - LIQUIDEZ**

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
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 informe de circularización en donde se reúne la circularización realizada por medio de correos a las diferentes aseguradoras con el propósito de realizar el cobro persuasivo de la cartera. El resultado de esta circularización para el periodo evaluado correspondió al 85,7% de la totalidad de la cartera.
		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 evidenciar correo electrónico en el cual el contratista de cartera relaciona en un archivo en Excel 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. En correo electrónico, la subgerencia administrativa, remite a los abogados contratistas el reporte de cartera mayor a 150 días con el fin que se inicie el cobro o proceso jurídico si resulta aplicable.

**GESTIÓN FINANCIERA - ACTUARIAL**

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (II TRIMESTRE 2023)
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. Sin embargo, desde la subgerencia administrativa evidencia un avance en lo que respecta a la implementación de plantillas con el fin de dar cumplimiento al plan de acción en la creación de la ficha.

 <b>ISABU</b> e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 35-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

		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. Sin embargo, desde la subgerencia administrativa evidencia un avance en lo que respecta a la implementación de plantillas con el fin de dar cumplimiento al plan de acción en la creación de la ficha.
--	--	---	--

## 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 (II TRIMESTRE 2023)
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 elaborará el cronograma de Transferencia Anual, el cual se socializará el mes de febrero y se delegarán 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	Este control se cumplió satisfactoriamente en el primer trimestre de 2024.
		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.	Menciona la profesional de Gestión Documental que, para el primer semestre de 2024, por cronograma debían entregar archivo de gestión cinco (5) oficinas, a saber: Subgerencia administrativa, gerencia, cirugía, dirección y subgerencia científica. Se evidencia el acta de transferencia, planilla de asistencia y formato único de inventario documental diligenciado para ser custodiado en el archivo central conforme a lo estipulado en el plan de transferencias documentales primarias cumpliéndose con lo pactado. En acta de grupo primario se deja constancia del cumplimiento y se recomienda fortalecer con el seguimiento en las entregas según cronograma estipulado. Este control se cumplió satisfactoriamente demostrando su efectividad.

 <b>ISABU</b> e.s.e   INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 36-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

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.	Este control se cumplió satisfactoriamente en el primer 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.	Se evidencia correo electrónico en el cual el apoyo de archivo envía el inventario, registrando las series y subseries que serán objeto de eliminación documental. El inventario se presentó en el mes de junio en el CIGD quien aprobó la eliminación documental. Este control se cumplió satisfactoriamente demostrando su efectividad.
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.	Este control se cumplió satisfactoriamente en el primer trimestre de 2024.
		El Profesional en Gestión Documental hará seguimiento de la ejecución del cronograma de implementación del procedimiento de digitalización. Entregable: Informe de seguimiento. Periodicidad: semestral	Se evidencia informe denominado "Seguimiento al cronograma de digitalización - 2024" en el cual se concluye que se presentó cumplimiento de las actividades que se proyectaron en el cronograma de digitalización dentro del periodo evaluado. Este control se cumplió satisfactoriamente demostrando su efectividad.

## 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 (II TRIMESTRE 2023)
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.	Este control se ejecutó en el primer trimestre de 2024 y al no haberse efectuado cambios a la lista de chequeo no fue necesario ejecutar nuevamente el control.
		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.	Se evidencia informe denominado "revisión de expedientes contractuales (archivo físico) del cuatrimestre que obedece a los meses de febrero a mayo de 2024 en la ESE ISABU". En el mencionado informe se relaciona la revisión de 255 expedientes de procesos contractuales celebrados durante el periodo de febrero a mayo de 2024, los cuales fueron revisados por quienes fungieron como jefes de la oficina asesora jurídica durante este periodo.
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	El jefe Oficina Asesora Jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean respondidos dentro de los términos legales. Esta verificación la realizará a través de una matriz de Excel que permita observar el tiempo de respuesta.	Se evidencia archivo en Excel con la relación de derechos de petición correspondiente al primer y segundo 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.
		El jefe Oficina Asesora Jurídica semestralmente entregará a Gerencia un informe de las peticiones recibidas en el cual se evidenciará el tiempo de respuesta de cada uno, dando finalmente un informe de la efectividad del control mensual.	Se evidencia informe semestral con el fin de relacionar las peticiones presentadas ante gerencia y radicadas en correspondencia de la E.S.E. ISABU, relacionando la fecha de respuesta de cada una de ellas y la gestión efectuada.  De acuerdo con el seguimiento realizado por la Gerencia de forma mensual, se evidenció que se brindó respuesta a las peticiones que se encuentran relacionadas, determinando la fecha en la cual se realizó dicha acción.
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	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.  Entregable: Matriz de seguimiento.	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 segundo trimestre se identifica que no se presentaron extemporaneidades en la publicación del SIA OBSERVA, evidenciándose la efectividad del control que fue recientemente ajustado. Frente a las extemporaneidades en SECOP II es necesario mencionar que la oficina

 <b>ISABU</b> <small>e.s.e. INSTITUTO DE SALUD DE BUARAMANGA</small>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 38-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

	<p>ISABU, debido los periodos de contratación masiva que se adelantan.</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>jurídica ha realizado capacitaciones al personal que ejerce la supervisión de los contratos, esto con el fin de concientizar sobre la importancia de publicar dentro de los tres (3) días hábiles.</p>
--	--	---	---

## 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 (II 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 abril, mayo y junio, 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 en el plan anual de auditorías. El control se ejecutó correctamente.
		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 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. Con esto se entiende correctamente ejecutado el control.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 39-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

## 20. RIESGO GESTIÓN DISCIPLINARIO INTERNO

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

**Riesgo Operacional:** Riesgo 78

### 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 (II TRIMESTRE 2023)
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 a junio de 2024, en la cual se refleja que a la fecha no hay apertura de procesos disciplinarios y se socializa la resolución que conforma el grupo de Control Disciplinario Interno con los miembros directivos que iniciaron en la vigencia 2024, con la llegada de la nueva gerencia.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 40-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Esta oficina de control interno considera necesario fortalecer la cultura del reporte de cambio o materialización de los riesgos, con el fin de tomar correctivos oportunos e iniciar acciones frente a las desviaciones producto de la aplicación de los controles. Para esto se requiere que los líderes y grupos de trabajo conozcan el proceder frente a la materialización de los riesgos, siendo para esto necesario que, desde la oficina de Planeación en los monitoreos, se indique que cualquier cambio debe informarse y trabajar en las acciones correctivas para evitar materializaciones
- Del resultado del seguimiento se detectó lo siguiente:
  - a) Para la fecha de la evaluación de controles, se identificó que la líder de la ruta cardiometabólica no presentó evidencia suficiente de las auditorías a las historias clínicas que se determinaron como control del riesgo No. 53. Lo anterior podría afectar la efectividad del control en el periodo evaluado, ya que la falta de ejecución de este podría determinar el mal diseño y conllevar a la materialización de un riesgo.

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

- b) Para la fecha de la evaluación de controles, manifiesta la almacenista general que desconocía el mapa de riesgos operacionales y que, por lo tanto, no tenía conocimiento del control que debía ejecutar. Ante esto el análisis del control podría derivar en un mal diseño de este o poca efectividad a pesar de no haberse materializado el riesgo.

Esta oficina de control interno recomienda a la almacenista general realizar mesa con planeación con el fin de apropiarse mejor de los riesgos del área y sus controles evitando situaciones que podrían desencadenar una materialización de riesgos.

En cuanto al control del riesgo No. 58, esta oficina de control interno recomienda realizar un análisis del control ya que se expresa que el formato de asignación debe estar firmado por el jefe inmediato y no se está ejecutando de esa manera.

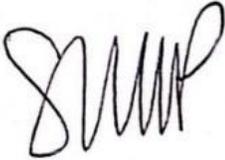
Aunado a lo anterior, se identificó que en las actas que sirven de control en el riesgo No. 58 se relacionen los activos fijos que fueron identificados que no concordaban con la información de PANACEA, con el fin de confrontar en próximas auditorías que los cambios se ejecutaron, de igual manera dejar consignadas las recomendaciones realizadas con el fin identificar reiteraciones.

Las recomendaciones identificadas serán dadas a conocer a los líderes y la oficina de planeación con el fin de tomar los correctivos a los que haya lugar.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	<b>CODIGO: CIN-F-006</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>	PAGINA: 41-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

- Se identifica mayor compromiso de los líderes y las áreas en acatar las recomendaciones de la oficina de control interno, las cuales mejorarán notablemente la administración del riesgo y su correcta ejecución.

Equipo auditor:



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

Proyectó: Martha Helena Duarte Gómez  
Profesional de apoyo  
Control interno