

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

1100-380-10
CI- 242

Bucaramanga, 21 de noviembre de 2024

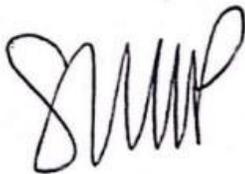
Doctor
HERNÁN DARIO ZÁRATE ORTEGÓN
Gerente
E.S.E. ISABU
Bucaramanga

Doctora
OLGA LUCIA MANTILLA URIBE
Jefe Oficina Asesora de Planeación
E.S.E. ISABU
Bucaramanga

Asunto: Informe de seguimiento y evaluación al Mapa de riesgos operacionales III 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 III trimestre de la vigencia 2024, para su conocimiento y fines pertinentes.

Agradezco su atención.



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

Firma _____
Radicado: **00004375**
Enviado: 21/11/2024 - 3:44 p.m.
ventanillaunica
ESE ISABU



 ISABU <small>e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA</small>	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	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 III TRIMESTRE VIGENCIA 2024

Responsable del Proceso o subproceso: Doctora
 OLGA LUCIA MANTILLA URIBE
 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, actuarial, reputacional y liquidez, 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 tercer trimestre de la vigencia 2024, teniendo en cuenta el mapa de riesgos operacionales V3 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 tercer 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.

- 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 tercer seguimiento de la vigencia 2024, efectuado al Mapa de Riesgos Operacionales Institucional de la E.S.E ISABU en su versión 3, de acuerdo con el consolidado de evidencias presentadas por cada uno de los líderes a la oficina de control interno, las cuales se analizan logrando identificar 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.

• **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 V3, utilizando una metodología de seguimiento y evaluación, 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 veinte (20) procesos y a cincuenta y seis (56) riesgos operacionales, por otro lado, se realizó seguimiento a dos (2) riesgos correspondientes al mapa de riesgos reputacionales, un (1) riesgo del mapa de riesgos de liquidez y un (1) riesgo del mapa de riesgos actuarial, todos ellos 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: 23,24,25,26,27 y 28. Riesgo Reputacional: 82 y 83	8 riesgos
2. Gestión Calidad	Riesgos Operacionales: 29,30,31,32,33,34 y 35	7 riesgos
3. Gestión Atención Ambulatorios	Riesgos Operacionales: 36, 37 y 38	3 riesgos
4. Gestión Talento Humano	Riesgos Operacionales: 39 y 77	2 riesgos
5. Gestión Atención al Usuario	Riesgo Operacional: 40	1 riesgo
6. Gestión Atención de Urgencias	Riesgo Operacional: 41	1 riesgo
7. Gestión de Internación	Riesgo Operacional: 42	1 riesgo
8. Gestión Cirugía y Atención de partos	Riesgo Operacional: 43	1 riesgo
9. Gestión Apoyo Terapéutico	Riesgo Operacional: 44 y 45	2 riesgos
10. Gestión Apoyo Diagnostico- Laboratorio Clínico	Riesgo Operacional: 46 y 78	2 riesgos
11. Gestión Atención Ambulatoria- Odontología	Riesgo Operacional: 48	1 riesgo
12. Gestión de la Salud Pública	Riesgo Operacional: 49,50,51,52,53 y 54	6 riesgos
13. Gestión de Recursos Físicos	Riesgo Operacional: 55,56,57 y 58	4 riesgos
14. Gestión de las TICS	Riesgo Operacional: 59,60,61 y 62	4 riesgos
15. Gestión Financiera	Riesgo Operacional: 63,64,65,66,67 y 68 Riesgo Actuarial: 80 Riesgo de Liquidez: 81	8 riesgos
16. Gestión Documental	Riesgo Operacional: 69,70 y 71	3 riesgos
17. Gestión Jurídica	Riesgo Operacional: 72,73 y 74	3 riesgos
18. Control Interno	Riesgo Operacional: 75	1 riesgo
19. Control Disciplinario Interno	Riesgo Operacional: 76	1 riesgo
20. Apoyo Diagnostico- Radiología	Riesgo Operacional: 79	1 riesgo
TOTAL		60 riesgos

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

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

1. RIESGOS GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Este proceso tiene priorizado seis (06) riesgos operacionales y dos (2) reputacionales para un total de ocho (8) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 23,24,25,26,27 y 28.

Riesgo Reputacional: Riesgos 82 y 83

1.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 23	Posibilidad de destitución del representante legal y proceso disciplinario por incumplimiento del Plan de Gestión causado por falta de monitoreo de los líderes responsables de cada uno indicadores de gestión al presentar información de fuentes no confiables, inoportuna y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales, ocasionando incumplimiento 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>La profesional especializada de planeación realizó solicitud a los líderes de Calidad, Planeación, Jurídica, Subgerencia Administrativa, Subgerencia Científica y Dirección de las Unidades hospitalarias quienes son responsables de la medición y análisis de los indicadores de gestión correspondientes al segundo trimestre de 2024 a través de correo electrónico el 30 de agosto de 2024. Para el cumplimiento del control se evidencia correos electrónicos enviados a los líderes.</p> <p>El jefe de la Oficina Asesora de Planeación presentó en el comité CIGD del mes de septiembre de 2024 el seguimiento de los indicadores de Gestión correspondientes al segundo trimestre de 2024, con los siguientes resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior: la oficina de calidad en el primer trimestre definió la medición del denominador y el numerador se realizará la autoevaluación en los meses de enero y febrero de 2025. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud: Durante el II trimestre se continuo con la ejecución del PAMEC, de acuerdo con el seguimiento realizado y a los soportes validados, se cumplieron con 67 acciones programadas para este trimestre, obteniendo un consolidado anual del 39%. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional: A corte del 30 de junio de 2024 se programaron 26 proyectos de los cuales se cumplió en 25 proyectos para un cumplimiento del Plan de Desarrollo del 96% cumpliendo con el estándar meta que es de mayor o igual al 90%, resultado satisfactorio. 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. 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. 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: Las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico requeridos por la entidad se han suscrito bajo el mecanismo de compras electrónicas

			<p>a través de la plataforma SECOP 2, razón por la que, el umbral de desempeño es satisfactorio. Las compras realizadas por otro mecanismo se deben a necesidad del servicio y se ha realizado a través de resolución, Resultado: 0,999 Satisfactorio.</p> <p>7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior: El resultado indica que durante el segundo trimestre de 2024 la ESE ISABU presenta oportunidad en el pago de salarios y honorarios de prestaciones de servicios en tanto que las deudas no superan los 30 días. Así mismo refleja, la importancia de mantener al día al Talento Humano que labora en la institución, Resultado: 0 Pesos, satisfactorio.</p> <p>8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS: El indicador indica que se debe presentar 4 informes de RIPS a la Junta Directiva, a corte del 30 de junio de 2024 se ha llevado 1 informe el cual fue presentado el 31 de julio de 2024 donde se presentó el perfil Epidemiológica, (Acta No. 9 de Junta Directiva). Se hace la recomendación de presentar por lo menos 2 informes más que pueden ser del tercer trimestre y el otro parcial del cuarto trimestre correspondiente a los meses de octubre y noviembre para que el indicador quede con 3 informes presentados ante la Junta Directiva. Presentándose 3 informes el indicador quedaría en aceptable.</p> <p>9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo: 1,03 con corte al 30 de junio de 2024, En el II trimestre de 2024 la E.S.E. ISABU presenta equilibrio presupuestal con recaudo, toda vez que los compromisos en el objeto del gasto no superan el valor recaudado en los diferentes conceptos del ingreso.</p> <p>10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya: En el segundo trimestre se realizó reporte de 9 informes a la Supersalud, todos dentro de las fechas definidas en la circular única, sin embargo, el indicador está perdido para la medición del año porque un reporte del primer trimestre se realizó extemporáneo, por consiguiente, es un indicador insatisfactorio por que la medición del indicador es 0 para la vigencia.</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 segundo trimestre de 2024 del Decreto 2193 de 2004. Calidad y Producción: Sustentado el 26 de julio de 2024. Financiero: Sustentado el 31 de julio de 2024. Satisfactorio</p> <p>21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación: 0,86 Satisfactorio.</p> <p>22. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE: 0 Casos.</p> <p>23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva: 1,00 Satisfactorio.</p> <p>24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo: 0,87, Satisfactorio.</p> <p>25. Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas: 0,002, Satisfactorio.</p> <p>26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general: 2,10 días, Satisfactorio.</p> <p>Se evidencia Circular de Invitación Comité CIGD, Matriz de consolidación de los indicadores de gestión vigencia 2024 y Acta del Comité CIGD No 9 del 17 de septiembre de 2024.</p> <p>Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>
RO 24	<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</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 tercer trimestre de 2024 la profesional especializada de Planeación realizó seguimiento y cierre del Plan de Acción MIPG 2023-2024. Para el segundo trimestre de 2024 se programó 14 actividades con una ejecución del 100% de lo programado y un cumplimiento acumulado del plan fue del 100%.</p> <p>También realizó con los líderes de políticas de MIPG y equipos de apoyo la construcción de Plan de Acción MIPG 2024-2025, Plan aprobado por el Comité CIGD el día 17 de septiembre de 2024.</p> <p>Se evidencia archivo en Excel con el seguimiento del Plan de acción MIPG 2023-2024 del II trimestre de 2024 y archivo en Excel Plan de Acción MIPG 2024-2025.</p>

	políticas y la oficina asesora de planeación.	El jefe de la oficina asesora de planeación presentará el seguimiento del Plan de acción de MIPG de forma trimestral a través del comité CIGD para la toma de decisiones frente a las actividades no alcanzadas, dejando registro en las actas del comité del CIGD.	La jefe de la oficina de Planeación presentó en el comité CIGD el seguimiento y cierre del Plan de Acción MIPG 2023-2024, con corte al 30 de junio donde para el II trimestre programó 14 actividades con una ejecución del 100% y cerró el Plan en un cumplimiento del 100%. También se presentó en el comité CIGD el Plan de Acción MIPG 2024-2025 para la aprobación, el cual fue aprobado a través del acta No. 9 del 17 de septiembre de 2024. Se evidencia como soporte la Circular de Invitación Comité CIGD y Acta del Comité CIGD No 7 del 31 de mayo de 2024, Circular de Invitación Comité CIGD y Acta del Comité CIGD No 9 del 17 de septiembre de 2024.
RO 25	Posibilidad de afectación disciplinarias, administrativas, económica debido al incumplimiento en la realización del Programa de Transparencia y Ética Pública para la vigencia ocasionando al reporte extemporáneo establecido por la norma vigente.	El profesional apoyo de la Oficina de Planeación encargado en la construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) asesora anualmente a los líderes de procesos en la construcción del PTEP y sus respectivos componentes, realizando consolidación con el objetivo de realizar el Documento PTEP. Entregable: Control de Asistencia de reuniones de asesoría en la construcción del PTEP y Programa de Transparencia y Ética Pública	Este control se ejecutó satisfactoriamente en el primer trimestre de 2024.
		El profesional de apoyo sustenta el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) ante el comité de Riesgos para la aprobación de del programa y realiza publicación en la página web cumpliendo con las fechas establecidas por la norma vigente. Entregable: Acta de aprobación por Comité de Riesgos y publicación en la página Web	Este control se ejecutó satisfactoriamente en el primer trimestre de 2024.
RO 26	posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por no publicación de información pública en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.	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 Entregable: formato esquema de publicación de información ARC-F-008, evidencia de solicitud de correo electrónico.	La comunicadora social envió correo electrónico de recordatorio a los líderes durante el trimestre evaluado (julio, agosto y septiembre 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 entiende ejecutado el control con un cumplimiento satisfactorio.
		La comunicadora social realizará las publicaciones en página web solicitadas por los líderes de los procesos, la cual se evidenciarán los links publicados mediante la matriz de registro de publicaciones y será presentada mensualmente al jefe de la oficina asesora de planeación con el objetivo de su verificación de cumplimiento de los cargues solicitados por las diferentes dependencias. Entregable: formato esquema de publicación de información ARC-	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 septiembre 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.

		F-008 con la evidencia de links cargados	
RO 27	Posibilidad de afectación administrativa, económica por demoras en los tiempos de estructuración, Por falta de conocimiento y rotación de personal para la estructuración de la necesidad, causando reproceso en la formulación de los proyectos de inversión.	<p>El profesional de apoyo de la oficina asesora de planeación, cada vez que surja la necesidad de un proyecto de inversión, socializara al lider y equipo responsable los lineamientos a cumplir, evidenciado mediante acta de reunión.</p> <p>El profesional de apoyo de la oficina asesora de planeación verificará el cumplimiento de los requisitos en la estructura del documento de necesidad del proyecto, evidenciado mediante acta de reunión, notificando al jefe de planeación las observaciones generadas al documento necesidad; el jefe de planeación reportará al líder y equipo responsable mediante correo electrónico estas observaciones.</p>	<p>En oficio fechado el 7 de octubre de 2024, la jefe de la oficina asesora de planeación, argumenta que para el tercer trimestre de la vigencia 2024 no se presentaron necesidades para estructurar proyectos de inversión, por tal motivo no fue necesario ejecutar los controles respectivos al riesgo.</p> <p>En oficio fechado el 7 de octubre de 2024, la jefe de la oficina asesora de planeación, argumenta que para el tercer trimestre de la vigencia 2024 no se presentaron necesidades para estructurar proyectos de inversión, por tal motivo no fue necesario ejecutar los controles respectivos al riesgo.</p>
RO 28	Posibilidad de afectación administrativa en el cumplimiento del plan de desarrollo por no realización y publicación de los boletines informativos.	<p>La comunicadora social recopilará información de interés o información relevante por medio de acompañamiento de actividades, o solicitud de información con los líderes de procesos, aplicando listado de temas según actividades solicitadas en el mes con el objetivo de generar un boletín mensual. Entregable: Listado de temas</p> <p>La comunicadora social presenta el boletín mensual al jefe de la oficina de planeación con el fin de publicar el boletín en la página web institucional.</p>	<p>La comunicadora social realiza un registro (en documento de Word) de los temas relevantes del mes, una vez identificados 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 (julio, agosto y septiembre de 2024). Con esto se cumple satisfactoriamente la ejecución del control.</p> <p>La comunicadora social elabora el Boletín informativo con el desarrollo del tema relevante escogido. El mismo es aprobado y publicado en página web. Se evidencia boletines del periodo evaluado (julio, agosto y septiembre de 2024). Los boletines se encuentran publicados en la página web institucional en el link: https://isabu.gov.co/transparencia/boletines-informativos/</p>

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
REPUTACIONAL 82	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,	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.	Se evidencia informe denominado " Informe de inducción y reinducción nuevos lineamiento tercer trimestre vigencia 2024", en el cual la comunicadora social realiza inducción y presentación oficial del Manual de Identidad Visual de la ESE ISABU a los líderes institucionales y al igual, a los grupos de valor e interés que hicieron parte del Plan de Desarrollo Institucional vigencia 2024. La inducción y presentación se desarrolló en los meses de julio y agosto a líderes, colaboradores y secretarías, alianza de usuarios y colaboradores en general. Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente.

	inoportuna y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales, ocasionando, incumpliendo de la normatividad vigente establecida.		
REPUTACIONAL 83	afectación reputacional por errores en los productos informativos y publicaciones, por falta de control y revisión de los contenidos o productos realizados por el comunicador social	<p>La comunicadora social revisará los contenidos enviados de manera permanente por los líderes al correo de comunicación y responderá con el contenido para contar con la aprobación o rechazo de quien lo solicita ENTREGABLE: Captura de pantalla del chat del WhatsApp y/o correo electrónico</p> <p>La comunicadora social enviará vía WhatsApp, los contenidos para revisión y aprobación al gerente cada vez que se requiera publicar. ENTREGABLE: Captura de pantalla del chat del WhatsApp</p>	Se evidencia informe denominado " informe de seguimiento R 83 tercer trimestre vigencia 2023" en el cual la comunicadora social evidencia la recepción de solicitudes por parte de los líderes de las áreas, el desarrollo de los contenidos y la aprobación final por parte del equipo de prensa y de la jefe de planeación. Se especifica en el informe que se atendió de manera óptima y dentro de los tiempos estipulados las solicitudes recepcionadas por el subproceso de comunicaciones. Con esto se evidencia ejecutado el control establecido.

2. RIESGOS GESTIÓN DE CALIDAD

Este proceso tiene priorizado siete (07) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 29,30,31,32,33,34 y 35

2.1 EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 29	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 infecciones y seguridad del paciente correspondientes al trimestre evaluado (julio, agosto y septiembre de 2024), de conformidad con el cronograma previamente establecido. Todas las rondas de seguridad se realizaron según lo programado. En total se programaron 20 rondas para el tercer trimestre de 2024 distribuidas entre centros de salud, hospitalización HLN, urgencias y UIMIST. En los informes de las rondas de seguridad se consignan los resultados de las auditorias y se retroalimenta los resultados. El control se ejecuta de manera correcta evidenciándose su efectividad.

		<p>El comité integrador de seguridad del paciente de manera trimestral, realiza seguimiento a los eventos adversos presentados y a las acciones de mejora establecidas para evitar que el evento adverso se vuelva a presentar. PRODUCTO ENTREGABLE: Actas de Comité Integrador</p>	<p>Se evidencia acta de Comité Integrador correspondiente II trimestre de 2024, llevado a cabo en el mes de julio de 2024. En este comité se informa al comité integrador de seguridad del paciente, farmacovigilancia y tecnovigilancia, sobre los avances obtenidos durante el segundo trimestre de 2024, de igual manera se dan a conocer los eventos adversos presentados en el trimestre y se toman las decisiones respecto a los diferentes temas presentados. Se espera realizar el próximo comité está programado para realizarse en el mes de octubre de 2024. El control se ejecuta de manera correcta evidenciándose su efectividad.</p>
RO 30	<p>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</p>	<p>El profesional de calidad encargado de la implementación del Pamec realizará de manera trimestral seguimiento al cumplimiento del plan de acción PAMEC con los líderes responsables de cada estándar, esto se realizará a través de la matriz de seguimiento. PRODUCTO ENTREGABLE: ACTA DE SEGUIMIENTO MATRIZ DE SEGUIMIENTO</p>	<p>Se evidencia seis (6) actas de seguimiento a los procesos con plan de acción PAMEC, correspondientes a los meses de agosto y septiembre de 2024, de igual manera se adjunta matrices de seguimiento por cada estándar de acreditación con corte a 30 de septiembre de 2024. Para el III trimestre se plantearon 69 acciones de mejora las cuales se cumplieron al 100%, se logró un porcentaje de avance total de 74%, lo cual es óptimo teniendo en cuenta que el I trimestre del año es el período de diseño y formulación del PAMEC, por lo tanto, el PAMEC se desarrolla en 3 trimestres a los cuales se les asigna un porcentaje de 33%; es decir que a corte de III Trimestre el porcentaje de avance proyectado es de 66% y se logró un 74%. Con lo anterior se evidencia la ejecución del control y su efectividad.</p>
		<p>El profesional de calidad encargado de la implementación del Pamec realizará de manera semestral presentación de los avances del Pamec en la reunión del equipo transversal de mejora continua, donde la gerencia tomará medidas correctivas en el caso que se encuentren acciones atrasadas PRODUCTO ENTREGABLE: Acta de reunión</p>	<p>Se evidencia acta de equipo transversal del mejoramiento realizada en el mes de agosto de 2024, en donde se brinda inducción a los nuevos integrantes del grupo transversal del mejoramiento en autoevaluación de acreditación PAMEC, equipo transversal del mejoramiento y además se presentan los avances de PAMEC con corte a 30 de junio de 2024. se aprovechó el espacio para informar que el mes de noviembre se desarrollará la semana de la calidad, llevándose a cabo actividades que generen impacto en la ESE ISABU. Con esto se entiende ejecutado satisfactoriamente el control.</p>
RO 31	<p>Posibilidad de Perdida de imagen, económica, fiscal y penal, perdida 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.</p>	<p>EL profesional asignado a habilitación realizará autoevaluación anual junto con el líder del proceso a los servicios priorizados, a través de aplicación de lista de chequeo y se generará un informe con los hallazgos encontrados el cual será socializado por medio de correo con el líder del proceso y la subgerencia científica. 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</p>	<p>Se evidencian 8 listas de chequeo aplicadas correspondientes a: Cirugía HLN, centro de salud Comunereros, Morrórico, Rosario, Concordia, Mutis, Campo Hermoso y Joya. Se evidencia en cada visita de auditoria el informe de lo identificado, el listado de asistencia a la misma, la aplicación de la lista de chequeo y el correo electrónico enviado por la profesional de habilitación, dando a conocer al líder del servicio evaluado el resultado de la auditoria. Este control se aplica de manera correcta lo que evidencia su efectividad.</p>

		<p>El profesional de habilitación realizará seguimiento trimestral, a las oportunidades de mejora derivadas de los hallazgos por incumplimiento de habilitación derivadas de las visitas realizadas por el ente territorial y de las autoevaluaciones realizadas a los servicios, el incumplimiento al plan de mejora será notificado a la subgerencia científica, administrativa y gerencia a través de correo electrónico</p> <p>PRODUCTO ENTREGABLE Matriz de seguimiento trimestral Pantallazo de envío de incumplimiento al plan de mejora</p>	<p>Se evidencia 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 septiembre de 2024, se evidencia por parte de la infraestructura el cumplimiento del 100% de las acciones establecidas con corte a septiembre y un 83% de avance de las acciones planteadas en el año. Con esto se entiende ejecutado satisfactoriamente el control.</p>
RO 32	<p>Posibilidad de afectación disciplinaria, administrativa, fiscal, por inadecuada segregación de residuos sólidos y líquidos por falta de adherencia del personal del ISABU y Convenios, al Plan de gestión integral de residuos sólidos generados en la atención en salud y otras actividades</p>	<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>Para el trimestre evaluado no se tiene programado presentar informe de inducciones y reinducciones, esta actividad se ejecutará en el mes de diciembre de 2024.</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 PGIRHS evidenciado mediante listas de chequeo aplicadas, de acuerdo a los hallazgos encontrados se realiza capacitación. Soporte: Acta de capacitación</p>	<p>Se evidencia cronograma de auditorias correspondiente al área ambiental para ser ejecutadas en el tercer trimestre de 2024. Según lo programado en el cronograma, para el tercer trimestre se tenían programadas realizar 180 visitas, cumpliéndose al 100% con lo programado. 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. 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. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>
RO 33	<p>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</p>	<p>El profesional de habilitación emitirá circular a los líderes de proceso actuales y cuando haya cambio de líderes, anualmente, recordando el paso a paso para realizar novedad de apertura de un servicio ante la oficina de calidad, evidenciado mediante circular enviada por correo electrónico.</p>	<p>Para el trimestre evaluado no se presentaron cambios de líderes de procesos, por lo tanto, no fue necesario emitir nuevamente circular.</p>

	<p>líderes y equipo directivo, falta de articulación en los procesos y ausencia de orden jerárquico</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 PRODUCTO ENTREGABLE: LISTA DE CHEQUEO APLICADA E INFORME</p>	<p>Para el periodo evaluado se recibió solicitud de verificación para apertura de servicio por parte de la Subgerencia Científica, para el servicio de transporte asistencial medicalizada, mamógrafo móvil y servicio de psicología en los centros de salud Kennedy y Joya. Desde habilitación se hace entrega a la secretaria de Salud departamental de los documentos para la habilitación del servicio de psicología, mientras que para mamógrafo se realiza novedad de apertura en la modalidad extramural. Con esto se ejecuta de manera satisfactoria el control.</p>
<p>RO 34</p>	<p>Posibilidad de afectación económica, reputacional, por incumplimiento del plan de mejoramiento derivado de las auditorías externas de EPS y entes de control, por falta de seguimiento por parte de la oficina de calidad</p>	<p>La profesional de habilitación encargada de la atención de las auditorías externas realizará apoyo al diligenciamiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa realizada y enviará de manera oportuna a la EPS o ente de control cada vez que se genere plan de mejoramiento y en el tiempo establecido de acuerdo a requerimiento de la EPS PRODUCTO ENTREGABLE: PANTALLAZO DE CORREO DE ENVIO DE PLAN DE MEJORA A LA EPS</p> <p>La profesional de habilitación encargada de la atención de las auditorías externas realizará seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa realizada. Si se evidencia en el seguimiento acciones atrasadas, se notificará a la dirección técnica y la subgerencia correspondiente. PRODUCTO ENTREGABLE: MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA EXTERNA, PANRALLAZO DE CORREO DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES PROXIMAS A VENCER</p>	<p>Mediante oficio de 6 de septiembre de 2024, el gerente de la ESE ISABU, presenta plan de mejoramiento ante la Superintendencia Nacional de Salud, ajustando algunas acciones que no fueron inicialmente aprobadas por la Supersalud nacional. Se adjunta plan de mejoramiento compuesto de 46 acciones de mejora. De igual manera se adjunta correo electrónico en el cual se muestra la radicación del plan de mejoramiento ante la Supersalud Nacional de manera oportuna. Con esto se entiende ejecutado el control.</p> <p>Se evidencia matriz de seguimiento en la cual se relaciona las acciones formuladas, acciones programadas para el tercer trimestre, las acciones cumplidas, el porcentaje de cumplimiento y el porcentaje de avance en el año por cada uno de los planes de mejoramiento vigentes en el 2024, producto de las auditorías externas, dando un cumplimiento del 100% de lo programado. En informe de seguimiento de planes de mejoramiento de gestión de auditoría externa e internas, se concluye que el plan de asistencia técnica materno perinatal se cumplió el 100% de acciones establecidas dando cierre al plan de mejoramiento, en la auditoría de la Secretaria de salud Municipal - Higiene de manos se cumplió el 100% de las acciones establecidas generando un avance total de 83% con corte al mes de septiembre; en cuanto a la auditoría interna por parte del programa de seguridad del paciente se cumplió en un 100% las acciones establecidas dando cierre al plan de mejoramiento; respecto a la auditoría de Sanitas EPS se cumplió el 100% de las acciones establecidas por lo cual el porcentaje de cumplimiento al mes de septiembre es del 19%. Con esto se cumple satisfactoriamente con el control.</p>
<p>RO 35</p>	<p>Posibilidad de afectación reputacional, económica, administrativa, por sanción del ente de controles, por incumplimiento en el reporte y/o cargue extemporáneo de los indicadores de calidad a los entes de control y EPS</p>	<p>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</p>	<p>Se evidencia documento en el cual se recopila las capturas de pantalla de los correos en los cuales la técnica 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. Con esto se entiende ejecutado el control de manera efectiva.</p>

	La profesional de calidad hace seguimiento del cumplimiento del envío o cargue de los indicadores 1552 de manera mensual a través de copia de correo, 2193 a través de verificación de plataforma SIHO Y 256 a través de pantallazos de cargue en la plataforma PISIS de manera trimestral.	La información enviada por los líderes es consolidada por 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. Con esto se entiende ejecutado el control de manera efectiva.
--	---	--

3. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIOS

Este proceso tiene priorizado tres (03) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 36, 37 y 38

3.1 EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2024)
RO 36	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.	En la matriz de seguimiento de la oportunidad correspondiente al tercer trimestre (julio, agosto y septiembre) 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.
		Las directoras técnicas realizan seguimiento diario a la oportunidad de medicina general, evidenciado mediante herramienta de Excel tomando los correctivos necesarios.	Se evidencia matriz de seguimiento de la oportunidad en medicina general y odontología correspondiente a la zona norte y sur del tercer trimestre (julio, agosto y septiembre) de 2024, en la cual se consigna diariamente la oportunidad presentada en cada centro de salud esto le sirve de herramienta para tomar las medidas correctivas a las que haya lugar. Se evidencia ejecución del control de manera satisfactoria.
RO 37	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. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
		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	De igual se adjunta informe en el cual se recopila los resultados y las conclusiones de la aplicación del control en el riesgo establecido, en las cuales se pudo detectar que la oportunidad en el servicio de medicina prioritaria es de 1 día, se han determinado cuatro (4) centros de salud ubicados geográficamente para garantizar este servicio a toda la comunidad bumanguesa, con esto se está garantizado la integridad en la prestación de los servicios de salud, para valorar a los usuarios de forma holística y realizar intervenciones según su ciclo de vida como actividades de promoción y mantenimiento de la salud. Los resultados consolidados por trimestre son: 1,157 atenciones de consulta externa extendida. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.

RO 38	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 evidencia archivo en Excel correspondiente al tercer trimestre 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 acta de grupo primario de líderes de Dirección Técnica de las unidades Hospitalarias, en el cual se presentó los resultados del indicador de oportunidad de la consulta especializada. A su vez, se evidencia informe de análisis del indicador en el cual respecto a medicina interna en el III trimestre de 2024 la oportunidad de las citas especializadas de medicina interna se promedia en 10 días, así mismo la demanda ha sido progresiva en el consolidado de la oportunidad, teniendo contratados 2 especialistas en las sedes de HLN y Centro de Salud Rosario. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.

4. RIESGOS GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Este proceso tiene priorizado dos (02) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 39 y 77

4.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN TALENTO HUMANO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2024)
RO 39	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).	Este control se ejecutó por única vez y se evaluó en el primer trimestre de 2024.
		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, el área de SST presenta archivo en Excel en el cual relaciona las actividades programadas vs las actividades ejecutadas dentro del plan de trabajo planteado. Para el mes de julio se alcanzó un cumplimiento de 85%, para el mes de agosto 77% y en el mes de septiembre se alcanzó un porcentaje de cumplimiento de 80%. En un consolidado general de cumplimiento de las actividades del plan de trabajo de SG-SST se alcanzó un 81%. Con esto se evidencia la ejecución a satisfacción del control establecido.

RO 77	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 octubre de 2024, la profesional universitaria de Talento Humano manifiesta que "revisados los archivos institucionales se evidencia que, en el tercer trimestre de 2024, la institución ha tramitado una (1) desvinculación de la Señora Alejandra Herrera la cual se realizó la prestación de documentos GTH-F-003 Entrega del cargo". Se evidencia formato de entrega de cago debidamente diligenciado: Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente.
-------	--	---	---

5. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 40

5.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2024)
RO 40	Posibilidad de afectación económica, disciplinaria, legal, de imagen, por sanción del ente regulador y/o de control, demandas debido a no dar respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos en los términos de ley en la ESE ISABU	El profesional de atención al usuario diariamente registra las PQRS en el módulo panacea para que el líder de respuesta a la PQRS se evidencia mediante la matriz de Excel exportada de la herramienta PANACEA	Se evidencia archivos en Excel, correspondientes al tercer trimestre de 2024 (julio, agosto y septiembre), producto del registro diario de las PQRS en el módulo de PANACEA, en el cual se direcciona directamente la PQRS al líder encargado de dar respuesta y se activan las alarmas con el fin de cumplir con los términos de ley. Este control le permite al profesional de atención al usuario unificar las quejas de los centros de salud y unidades hospitalarias, direccionándolas a los líderes para la oportuna respuesta.
		El Profesional de atención al usuario diariamente revisa el cumplimiento de la respuesta de la PQRSF de acuerdo a normatividad vigente, se evidencia mediante matriz de Excel exportada de la herramienta PANACEA e informe de PQRSF trimestral	Se evidencia archivo en Excel mensuales, correspondiente al tercer trimestre de 2024, producto de exportar la información contenida del módulo de PANACEA, referente a las respuestas ofrecidas por los líderes a las PQRS. Este control se realiza gracias a las alertas que genera PANACEA del archivo en Excel que este aplicativo produce; en donde se relacionan las PQRS y los tiempos para dar respuesta oportuna. La aplicación del control logra identificar faltas de respuesta, tomando medidas eficaces que eviten la materialización del riesgo, por esta razón el control resulta efectivo.

6. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 41

6.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 41	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 informe de riesgo de gestión operacional producido por el líder de urgencias, en donde se detalla que de los tres (3) casos presentados que requirieron cadena de custodia legal de material probatorio y evidencia física se identificó el diligenciamiento correcto en uno de ellos. Se ejecuta el control de manera correcta para el periodo evaluado evidenciando su efectividad.

7. RIESGOS GESTIÓN DE INTERNACIÓN

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 42

7.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE INTERNACIÓN			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2024)
RO 42	Posibilidad de afectación por perdida económica y administrativa por omisión de los auxiliares de enfermería al no realizar suministro de medicamentos ordenados por el medico en el sistema panacea, generando demora en la salida de los pacientes.	El líder de enfermería de internación realizara dos auditorias en el mes al suministro de medicamentos realizada por los auxiliares de enfermería en el sistema panacea, con el objetivo de identificar la omisión causada por estos, evidenciado mediante informe.	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 del total de pacientes que fueron atendidos en la institución durante el III trimestre (1130 pacientes), de los cuales fueron auditados durante el periodo 48 pacientes de los cuales se han encontrado inconsistencias en 6 pacientes, las cuales han sido ajustadas por el personal que hizo omisión del suministro durante sus turnos. Con esto se entiende ejecutado correctamente el control.

8. RIESGOS GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 43

8.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN A PARTOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 43	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	<p>El archivo de Excel es 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. en informe de resultados del análisis de la aplicación del control, se evidenció que durante el tercer trimestre de 2024 se encuentran un total de pacientes con orden de procedimiento quirúrgico de 747 usuarios de los cuales se realiza captación telefónica para ofertamiento de agenda quirúrgica a lo cual paciente desiste por diversas causales (disponibilidad de tiempo entre otros) para un total de 237 pacientes que desisten, por lo cual se realizan el análisis frente al cumplimiento de indicador; se denota un 31% de pacientes que desisten de procedimiento quirúrgico.</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel en el cual se consigna el diligenciamiento realizado por la líder de cirugía en el trimestre evaluado (julio, agosto y septiembre de 2024) en la cual incorpora el seguimiento realizado a los pacientes con los diferentes procedimientos programados, 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. Con esto se entiende ejecutado el control.</p>
		<p>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</p>	<p>El archivo de Excel es 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. en informe de resultados del análisis de la aplicación del control, se evidenció que durante el tercer trimestre de 2024 se encuentran un total de pacientes con orden de procedimiento quirúrgico de 747 usuarios de los cuales se realiza captación telefónica para ofertamiento de agenda quirúrgica a lo cual paciente desiste por diversas causales (disponibilidad de tiempo entre otros) para un total de 237 pacientes que desisten, por lo cual se realizan el análisis frente al cumplimiento de indicador; se denota un 31% de pacientes que desisten de procedimiento quirúrgico.</p>

9. RIESGOS GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO

Este proceso tiene priorizados dos (02) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 44 y 45

9.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO TERAPEUTICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2024)
RO 44	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.	Se evidencia los formatos FAR-F-045 correspondiente a los meses de julio, agosto y septiembre de 2024, en el cual la regente de farmacia realiza la proyección de necesidades de medicamentos y dispositivos médicos de las farmacias de Café Madrid, HLN, UIMIST, Mutis, Rosario, Toledo Plata y Girardot. Este formato es el instrumento necesario para realizar un control mensual de existencias de inventarios utilizando la plataforma PANACEA, además, le facilita la labor de identificación de necesidades en medicamentos y dispositivos médicos con el fin de dar a conocer las necesidades para pedido al proveedor mediante correo electrónico. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
		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	Producto del análisis que realiza la regente de farmacia de la rotación de los productos se genera la necesidad al proveedor, este a su vez 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. 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. Se evidencian correos en los cuales se informan las novedades de faltantes. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
RO 45	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.	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	La líder de terapias informa mediante oficio que para los meses de julio, agosto y septiembre no se registraron ingresos de personal por lo tanto no se ejecutó el control.

		<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>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 agosto de 2024, realizándose los ajustes necesarios, permitiendo con ello, mayor control y calidad del dato en la información manejada respecto a las actividades realizadas. Adicionalmente se continúa realizando retroalimentación en los grupos primarios con los profesionales donde se socializaron los resultados de la revisión. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>
--	--	---	--

10. RIESGOS GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO – LABORATORIO CLÍNICO

Este proceso tiene priorizados un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 46 y 78

10.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

LABORATORIO CLINICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 46	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.	<p>El líder de laboratorio clínico realiza inducción en fase preanalítica cada vez que ingrese personal nuevo al laboratorio clínico, evidenciado ante acta al finalizar el periodo de inducción.</p> <p>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>	<p>Para el trimestre evaluado se realizó capacitación en características clínicas de la viruela del Mono. Para evidenciar la capacitación se anexa acta del 21/08/2024 en la cual se socializa las características de importancia en los casos de viruela del mono. Con lo anterior se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p> <p>Se evidencia cronograma de supervisión de toma de muestras, el cual, para el periodo evaluado, según actividades programadas se debía cumplir con trece (13) supervisiones en el Centro de Salud Kennedy, Campo Hermoso, Girardot, Pablo VI, Colorados, Café Madrid, IPC y Villa Rosa.</p> <p>Los resultados de las supervisiones se recopilan en un informe en el cual se concluyó que: "Para el tercer trimestre se realizaron 13 supervisiones en los centros de salud al área de toma de muestras. Se reforzó 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>

RO 78	Posibilidad de pérdida financiera y sanciones disciplinarias por realización de exámenes de laboratorio sin estar facturados debido a la falta de articulación del sistema de información del laboratorio clínico con el sistema de información PANACEA en lo facturado.	El Coordinador del Laboratorio clínico realiza comparación mensual del software de PANACEA & ANNAR de los exámenes procesados contra los facturados con el fin de controlar que todos los servicios procesados hayan sido debidamente facturados, evidenciado los resultados mediante informe de forma trimestral, el cual será enviado por correo electrónico al jefe de subgerencia científica y administrativa para su respectivo conocimiento y toma de acciones al respecto si lo son necesarias. Entregable: Informe trimestral y correo electrónico donde se evidencia el envío del informe al jefe de subgerencia científica y administrativa	Se evidencia informe de aplicación del control en el cual se relaciona que para el tercer trimestre de la vigencia 2024 se observa una disminución gradual de la diferencia de exámenes procesados contra los exámenes facturados, ya que se tiene como estrategia realiza una doble revisión de las ordenes de laboratorio clínico en el horario de la noche contra el sistema de facturación PANACEA e informar inmediatamente en el grupo de facturación cuales exámenes quedan pendientes por facturar para que al otro día sea corregido. De igual forma el área de facturación a través del mismo medio informa cuando les falta algún examen por validar y el personal de laboratorio clínico busca la orden y corrige la situación. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria. Comentario de CI: Del análisis del riesgo y determinando la finalidad de este, que no es otra que la prevención de pérdida de recursos económicos, tal y como se puede leer en la redacción del riesgo, recomienda esta oficina de control interno que el riesgo sea analizado junto al líder del proceso y la oficina de planeación, determinando la conveniencia de ubicar el riesgo en el mapa de riesgo de corrupción SICOF o en el mapa de riesgos operacional, según el análisis realizado por el líder.
-------	--	--	---

Comentario de Control Interno: Del análisis del riesgo No. 78 y determinando la finalidad de este, que no es otra que la prevención de pérdida de recursos económicos, tal y como se puede leer en la redacción del riesgo, recomienda esta oficina de control interno que el riesgo sea analizado junto al líder del proceso y la oficina de planeación, determinando la conveniencia de ubicar el riesgo en el mapa de riesgo de corrupción SICOF o en el mapa de riesgos operacional, según el análisis realizado por el líder.

11. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA- ODONTOLOGÍA

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 48

11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA- ODONTOLOGIA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 48	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, adjuntándose 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 de Excel en el cual se relaciona la información del paciente, el número de radiografías que se toman, 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.
--	--	---	--

12. RIESGOS GESTIÓN SALUD PÚBLICA

Este proceso tiene priorizados seis (6) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 49,50,51,52,53 y 54

12.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2024)
RO 49	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	el auxiliar de enfermería del área de vigilancia verifica 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 epidemiología, 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. Con el fin de evidenciar la ejecución del control, se aporta 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 (julio, agosto y septiembre de 2024).
RO 50	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	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 denominado "sin laboratorios trazadores 2024" 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. Se extrae del archivo en Excel el dato que en el mes de agosto una sola gestante falto por examen de VIH- Sífilis, quien se encuentra en seguimiento. El comportamiento del trimestre evaluado el positivo y evidencia la correcta ejecución del control.

	prenatal por parte del personal de salud.	La líder de la ruta materno perinatal realiza seguimiento a gestante desde el diagnóstico de sífilis gestacional hasta la finalización de tratamiento de forma adecuada mediante herramienta base de datos de Excel alimentado por los resultados alterados reportados por laboratorio de manera inmediata, este seguimiento se realiza según los casos confirmados con el diagnóstico.	Con el fin de evidenciar el cumplimiento del control, se diligencia un cuadro en Excel denominado "Seguimiento Sífilis gestacional 2024" en el cual se consigna los casos con diagnóstico de sífilis gestacional y la continuidad del tratamiento, correspondiente al tercer 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, una gestante solicitó IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) por lo cual no termina tratamiento indicado, se cuenta con seguimiento y soporte de la gestión evaluada. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
RO 51	Posibilidad de afectación administrativa y en salud del paciente por el no cumplimiento del programa de Riesgo Cardiovascular, por falta de adherencia a los lineamientos establecidos en el programa de manejo de enfermedades cardiovasculares en base a la GPC de hipertensión arterial por parte del personal de salud.	La líder de la ruta cardio metabólica genera una base de datos de gestión del riesgo descargada del sistema de Panacea, de manera trimestral, con el fin de hacer demanda inducida y garantizar la toma de los laboratorios ordenados.	Se evidencia cuadro en Excel correspondiente a las diferentes EPS 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.
		El auditor medico realiza la auditoria a las historias clinicas del programa de riesgo cardiovascular para evaluar la adherencia a la GPC, mediante instrumento evaluador de manera trimestral.	El informe de Auditoría Clínica y de Calidad de la evaluación en la aplicación de la guía para el manejo del Programa de Riesgo Cardiovascular (enfermedad hipertensiva) es producto de la evaluación extraída de los registros evidenciados en las historias clínicas digitales de controles de primera vez por medicina general de la vigencia del año 2024 realizados en los centros de salud de la ESE ISABU, conforme a los resultados se concluye que el porcentaje de cumplimiento de la evaluación de la guía de atención de la enfermedad hipertensiva para el trimestre (julio-agosto-septiembre) 2024 es del 100%, con un promedio ponderado de cumplimiento en la adherencia del 92% en las historias clínica auditadas, superado la meta del 90%. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
RO 52	Posibilidad de afectación reputacional y administrativas por Incumplimiento a la implementación de la política IAMII institucional debido a la falta de adherencia a la política IAMII Institucional por parte de los funcionarios de la E.S.E ISABU	La líder de salud infantil asesorará a los 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	Esta actividad está programada para realizarse durante el primer y segundo semestre de 2024. La primera autoapreciación se realizó en el abril de 2024 y la segunda está programada para realizarse durante los meses de octubre y noviembre de 2024.
		La líder de salud infantil realizara seguimiento trimestral al plan de mejora derivado de la aplicación de la autoapreciación registrado en el formato de seguimiento, los avances se socializarán en el comité IAMII. ENTREGABLE: Matriz de seguimiento y acta de comité IAMII.	Se evidencia acta de Comité IAMII celebrado el 4 de julio de 2024, en el cual se realiza una socialización de los hallazgos de las visitas de inspección vigilancia y control realizadas por los referentes de salud infantil en el primer semestre, relacionadas con la estrategia AIEPI- IAMII-Sala ERA, RIA, por parte de referentes de salud infantil de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga, socialización estrategia Lactacion y Alistamiento para la semana mundial de la Lactancia Materna, Socialización indicador Lactancia Materna Primer Semestre 2024, Socialización indicadores Hospitalarios y Ambulatorios de desnutrición en el Primer Semestre 2024. De igual manera se evidencia acta de comité IAMII de 23 de septiembre de 2024 en la cual socializa avances de la implementación de la estrategia IAMII en el Hospital Local del Norte en los servicios de sala de partos, hospitalización y trabajo social y avances a nivel institucional del plan de mejora de los pasos 3 y 6. Con esto se evidencia la ejecución del control de manera satisfactoria.

RO 53	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	La auxiliar de apoyo de vacunación realiza entrega de los insumos PAI a los diferentes centros de salud utilizando el aplicativo PAIWEB según necesidad, evidenciando cantidad y tipo de vacunas entregadas en los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias.	Con el fin de cumplir 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 (julio, agosto y septiembre 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 COVID red de frío y plan de contingencia, lineamientos JNV plan de intensificación de la vacunación contra FA y contingencia de cadena de frío. Se cumplió para el periodo evaluado con el 100% de los programado según cronograma adjunto. Con lo anterior se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
		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.	Se evidencia actas de visitas de auditorias realizadas por la coordinadora PAI, en los cuales se evalúan todos los componentes del PAI incluido red frío. En el mes de julio se realizaron cuatro (4) visitas, agosto, tres visitas (3) y en septiembre se realizaron cuatro (4) visitas, cumpliendo con lo programado en el cronograma de auditorias. Se adjunta para verificación cronograma de visitas. Con lo anterior se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
RO 54	Posibilidad de pérdidas económicas y sanciones, Descuento a la capitación por parte de las EPS, Por no ejecución de las actividades de acuerdo a las rutas por parte del personal de salud	La coordinadora de Promoción y prevención realizará seguimiento a las actividades realizadas mensualmente por RIPS y por EPS de los cumplimientos utilizando la matriz de programación entregada por las EPS. ENTREGABLE: Matriz de seguimiento	Se evidencia matriz de programación por EPS en la cual se encuentran todas las actividades programadas para la ESE ISABU y su respectivo seguimiento. En un documento anexo la coordinadora de promoción y prevención realiza un consolidado de resultados que, para el tercer trimestre del 2024, en el cual se identificó: COOSALUD con un cumplimiento del trimestre de 78%, NUEVA EPS un cumplimiento de 79.3% y SANITAS un 54.8%. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
		Los auditores de las rutas realizarán auditoria a la adherencia de las rutas de atención utilizando herramienta de Excel de manera mensual. ENTREGABLE: Informe de Auditoria	Se evidencia informes de auditorias correspondiente al tercer 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 en el mes de julio se realizó la auditorias a los centros de salud KENNEDY, JOYA, MORRORICO Y SAN RAFAEL evidenciándose un promedio de adherencia de 89.7% , para el mes de agosto se realizó la auditorias a los centros de salud COLORADOS, COMUNEROS Y PABLO VI obteniendo un promedio de adherencia de 91%, en el mes de septiembre se realizó la auditoria a los centros de salud BUCARAMANGA, CRISTAL Y GIRARDOT identificando un promedio de adherencia del 89%. Con esto se entiende correctamente ejecutado el control.

13. RIESGOS GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

Este proceso tiene priorizados cuatro (4) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 55,56,57 y 58

13.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 55	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 y insumos a entregar, lo anterior se evidenciará a partir de un informe.	Para evidenciar la ejecución del control, se tiene informe de auditoría realizada en el mes de septiembre de 2024 cuya finalidad es realizar seguimiento a los inventarios de la bodega de la ESE ISABU, con el fin de tener un inventario real de las existencias en almacén vs lo que se encuentra registrado en el sistema de información PANACEA. El resultado de la auditoría en la cual se determina: las existencias de PANACEA, existencias físicas, diferencia, costo y costo total de la diferencia. Con lo anterior se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
		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.	Se evidencia cronograma en el cual se estableció que en el mes de julio de 2024 se realizaría auditoría a las bodegas de consumo de los centros de salud de Toledo Plata, UIMIST, HLN y Concordia; para el mes de agosto de 2024, se realizaría inventario a las bodegas de consumo de Girardot, IPC, Joya y Libertad, en el mes de septiembre de 2024, según cronograma se tiene programada auditoría a la bodega de consumo de Regaderos, Mutis, Rosario y San Rafael. Se evidencia acta de auditorías cumpliendo con lo programado en el cronograma previamente establecido. Como resultado de las auditorías realizadas, se evidencio diferencias en las auditorías realizadas en el mes de julio en la bodega de consumo de la UIMIST, en el mes de agosto se detectaron diferencias en la bodega de consumo del centro de salud La Joya y en mes de septiembre las diferencias se reportaron en las bodegas de consumo de los centros de salud de Regaderos, Rosario y San Rafael, las cuales fueron analizadas y corregidas si se presenta el caso, dejando las recomendaciones a las que haya lugar. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
RO 56	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	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. Con esto se entiende ejecutado el control de manera efectiva.

		<p>El jefe Almacenista General realiza auditorias de acuerdo a cronograma, con el fin de verificar el inventario inicial realizado el año inmediatamente anterior, de esto se deja evidencia en un acta de cada dependencia auditada, en la cual se tomarán las medidas o acciones de mejora a las que haya lugar</p>	<p>Se evidencia actas de inventario aleatorio correspondiente al mes de julio en los centros de salud Rosario y Morrórico, en el mes de agosto a los servicios de Cirugía y Hospitalización UIMIST y en el mes de septiembre a la Joya y Santander, en los cuales se realiza auditoria con referencia en lo reportado en PANACEA.</p> <p>Recomendación de control interno: Reitera esta oficina de control interno la recomendación de que en las actas se relacionen los activos fijos que fueron identificados que no concordaban con la información de PANACEA, con el fin de confrontar en próximas auditorias que los cambios se ejecutaron, de igual manera dejar consignadas las recomendaciones realizadas con el fin identificar reiteraciones.</p>
RO 57	<p>Posibilidad de pérdida económica, por multa o sanción del ente de control, sobrecostos por daño en los equipos biomédicos, debido a falta de capacitación al personal en el manejo seguro de los equipos biomédicos y no cumplimiento del cronograma de mantenimiento de los equipos en la ESE ISABU</p>	<p>El jefe Almacenista junto con el coordinador de mantenimiento biomédico realizarán de manera anual el plan de mantenimiento hospitalario para la presente vigencia.</p>	<p>Este control se cumplió en el primer trimestre de 2024</p>
		<p>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.</p>	<p>Se evidencia informe denominado "ejecución de actividades de mantenimiento programadas" en el cual informa que durante el periodo de julio - septiembre de 2024, se planificó, ejecutó y realizó seguimiento al plan de mantenimiento de equipos biomédicos, equipos hospitalarios, ascensores y parque automotor según lo programado en el cronograma de mantenimiento biomédico. Se destaca un cumplimiento del 100% del mantenimiento preventivo, mantenimiento de aires acondicionados de las unidades hospitalarias y centros de salud, mantenimiento de las neveras y refrigeradores, mantenimiento de plantas eléctricas y motobombas, cumpliendo así con la ejecución del control de manera adecuada</p>
RO 58	<p>Posibilidad de pérdida económica, sanción del ente de control y sobrecostos por daño en la infraestructura debido al incumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo o incumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la habilitación de la ESE ISABU.</p>	<p>El 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.</p>	<p>Este control se cumplió en el primer trimestre de 2024</p>
		<p>El coordinador de mantenimiento a la infraestructura realizará seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a la infraestructura y de cumplimiento a la normatividad vigente en cuanto a la habilitación.</p>	<p>Se evidencia 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 de mantenimiento general a la infraestructura, mantenimiento eléctrico y mantenimiento de cubiertas y limpieza de canales.</p> <p>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. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>

Recomendación de Control Interno: Respecto al riesgo No. 56, reitera esta oficina de control interno la recomendación realizada en el anterior seguimiento, en el cual se hacía necesario que en las actas se relacionen los activos fijos que fueron identificados que no concordaban con la información de PANACEA, con el fin de confrontar en próximas auditorias que los cambios se ejecutaron, de igual manera dejar consignadas las recomendaciones realizadas con el fin identificar reiteraciones.

14. RIESGOS GESTIÓN DE LAS TICS

Este proceso tiene priorizados cuatro (4) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 59,60,61 y 62

14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 59	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.	<p>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.</p> <p>Entregable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Se evidencia informe denominado "Estado inicial de políticas y reglas antivirus Bit defender" correspondiente al primer semestre de 2024, fechado el 4 de julio de 2024, en el cual se concluye que el análisis del estado inicial de las políticas y reglas antivirus de Bit defender en el ISABU revela un nivel general adecuado de conformidad con los estándares de seguridad, aunque se identifican áreas de mejora en la actualización y aplicación de ciertas políticas. A pesar de contar con un sistema de monitoreo trimestral y un plan de capacitación en seguridad de la información ya implementados, se recomienda reforzar la revisión y actualización regular de las políticas antivirus según las mejores prácticas. La adopción de estas recomendaciones fortalecerá la protección contra amenazas cibernéticas y mejorará la resiliencia del sistema de seguridad informática del ISABU. De igual manera se evidencia informe denominado " estado inicial de políticas y reglas FIREWALL, correspondiente al primer semestre de 2024 en el cual se concluye que el análisis del estado inicial de las políticas y reglas del firewall en el ISABU muestra una implementación generalmente adecuada y en línea con los estándares de seguridad. Se recomienda fortalecer la revisión periódica de las reglas del firewall, incorporar mejores prácticas actualizadas y asegurar que las configuraciones reflejen las necesidades de seguridad actuales y futuras del ISABU. Estas acciones mejorarán la defensa contra amenazas externas y contribuirán a una postura de seguridad más robusta para la organización. Se evidencia informe detallado de operación y funcionamiento de antivirus BITDEFENDER correspondiente al tercer trimestre de 2024 en el cual se concluye que, de todo el parque computacional administrado, el 17,44% de equipos recibieron un total de 1839 ataques de malware distribuido en los 56 equipos de cómputo y todos ellos fueron bloqueados por el antivirus, para una efectividad del 100%. El antivirus puede advertir o bloquear el acceso a los sitios web restringidos por el administrador de la aplicación, en este caso, todos los intentos fueron bloqueados, para una efectividad del 100%. Se evidencia que el antivirus bloqueó el total de intento de ejecución de aplicaciones que detectó con malware, exploit, etc/ids, control de contenido. Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente.</p>

		<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.</p> <p>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 evidencia informe denominado "Informe del Firewall correspondiente al tercer trimestre año 2024" en el cual se concluye que: En conclusión, el informe de seguimiento al funcionamiento del firewall cumplido al 100% es un indicador positivo de la eficacia y la robustez de las medidas de seguridad implementadas en la red hasta la fecha. Esto implica que el firewall ha estado funcionando adecuadamente, bloqueando amenazas, garantizando la integridad de los datos y protegiendo la red contra intrusiones y ataques maliciosos. También se evidencia informe denominado "Informe detallado de operación y funcionamiento de ANTIVIRUS BITDEFENDER" tercer trimestre de 2024" en el cual se concluye que: En conclusión, el informe de seguimiento al funcionamiento del firewall cumplido al 100% es un indicador positivo de la eficacia y la robustez de las medidas de seguridad implementadas en la red hasta la fecha. Esto implica que el firewall ha estado funcionando adecuadamente, bloqueando amenazas, garantizando la integridad de los datos y protegiendo la red contra intrusiones y ataques maliciosos. Con esto se entiende cumplido el control de manera satisfactoria.</p>
RO 60	<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.</p> <p>Entregable: Formato de Gestión Del Cambio (SIS-P-023)</p>	<p>Se evidencia informe de actividades de mejora en el Software PANACEA correspondiente al primer semestre de 2024 en el cual se concluye que el compromiso constante para garantizar el funcionamiento óptimo del software Panacea mediante acciones continuas gestionadas por el proceso de Gestión de las Tics ha resultado en la corrección de errores en diversos módulos, la implementación de copias de seguridad, la reducción de vulnerabilidades cibernéticas, y el cumplimiento de normativas y estándares legales y regulatorios.</p> <p>Estos logros han sido posibles gracias a la instalación de versiones y parches proporcionados por el proveedor, así como a los procedimientos ejecutados por los profesionales responsables del sistema de información.</p> <p>De igual manera se evidencia formato diligenciado de Gestión del cambio en el cual se relaciona las mejoras incorporadas a PANACEA. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>
RO 61	<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.</p> <p>Entregable: Cronograma y evidencia de socialización.</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</p> <p>Entregable: Informe de ejecución del cronograma.</p>	<p>Esta actividad se cumplió en el primer trimestre de 2024</p> <p>En el primer semestre de 2024, se presentó un primer informe que fue tenido en cuenta para evaluar la efectividad del control. Para este semestre, la fecha límite para la presentación del segundo informe es el mes de diciembre de 2024, por lo tanto, nos encontramos dentro de las fechas estipuladas para su ejecución.</p>

RO 62	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.	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	Esta actividad se cumplió en el primer trimestre de 2024
-------	---	--	--

15. RIESGOS GESTIÓN FINANCIERA

Este proceso tiene priorizados ocho (8) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 63,64,65,66, 67 y 68

Riesgo Actuarial: Riesgo 80

Riesgo de Liquidez: Riesgo 81

15.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN FINANCIERA - OPERACIONAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 63	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 con las cuentas radicadas que cumplan con los requerimientos y elementos esenciales para la publicación en SECOP II antes de realizar el respectivo pago. Se evidencia flujos de caja del tercer trimestre de 2024. Para evidenciar la ejecución del control se cuenta con pantallazos de correos electrónicos enviados a los supervisores que radicaron en la plataforma SECOP II las cuentas y que presentan inconsistencias que no permiten el pago. De igual manera se evidencia archivos en Excel en los cuales se relaciona los reportes de pagos CPS correspondiente a los meses evaluados, esto es el insumo para los correos antes descritos. Los correos corresponden al tercer trimestre de 2024. 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 64	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 agosto, quienes imparten capacitación acerca de las causales de glosas y devoluciones más representativas por cada una de las EPS, correspondientes al primer semestre de 2024. 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 del trimestre evaluado en el cual se realizó la depuración de cartera de acuerdo con las conciliaciones adelantadas. Este control le permite al proceso de cartera determinar las causales representativas de glosa y actualizar la cartera. Con esto se entiende ejecutado satisfactoriamente el control.
RO 65	Posibilidad de afectación financiera y presupuestal, por incumplimiento en la radicación en los tiempos establecidos por las diferentes entidades responsables de pago, por falta de adherencia al procedimiento de radicación por parte del personal del proceso.	EL líder de cartera realizará cronograma mensual para la radicación de la facturación en las entidades responsables de pago, el cual es entregado al proceso de facturación. ENTREGABLE: Oficio Radicado con cronograma 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	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 mediante oficio al área de facturación. Con esto se entiende ejecutado satisfactoriamente el control. Con el fin de evidenciar el control, los líderes de cartera y facturación adelantan actas de conciliación correspondientes a junio, julio y agosto con el propósito de validar las facturas entregadas por facturación y radicadas por cartera. Con estas actas se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
RO 66	Posibilidad de pérdida económica por multa y/o sanción de las entidades administradoras de impuestos debido al pago inoportuno o inexactitud del valor pagado por incumplimiento de la normatividad en materia de impuestos debido al incumplimiento de la normatividad en materia de impuestos.	El contador envía correos mensuales informando al tesorero y almacén las fechas de cierre de periodo contable. ENTREGABLE: Correo con información del cierre del periodo contable El apoyo profesional de contabilidad realiza revisión mensual registrada en el software PANACEA módulo de contabilidad sobre la causación de cuentas que generan impuestos, al encontrar desviaciones se emitirá un correo a tesorería con copia a sistemas con el objetivo que realicen los cambios correctivos. ENTREGABLE: archivo de Excel para calcular impuestos y correos si existen inconsistencias en las causaciones en los cálculos de impuestos	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. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria. 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 por parte del contador 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.
RO 67	Afectación económica, reputacional, sanciones disciplinarias y fiscales por no facturación del servicio de ambulancia por Ausencia del lleno de los requisitos del formato de traslado de pacientes realizado por el personal asistencial	El líder de facturación realizará auditoria a la bitácora de las remisiones versus lo registrado en panacea a través de un drive de manera mensual con el fin de identificar servicios de ambulancia sin facturar. ENTREGABLE: Informe con resultados de auditoria	Con el fin de evidenciar el cumplimiento del plan de acción 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. Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente.

		<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>Se evidencia informe de seguimiento de remisiones correspondiente al periodo evaluado (julio, agosto y septiembre de 2024) en el cual tomando como base la bitácora de remisiones suministrada por referencia y contrarreferencia de la ESE ISABU se evidencia que durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2024 hay 1.212 remisiones extrainstitucionales y 55 remisiones interinstitucionales registradas en la bitácora, para un total de 1.267 remisiones de las cuales solo se ha facturado 544 con corte a 30 de septiembre de 2024.</p> <p>En el informe se recomienda continuar con la depuración de los registros pendientes por facturar, dado el monto del mismo, facturando lo que tenga soportes para cobro efectivo antes las EAPB; de igual manera dar continuidad a la revisión con el fin de implementar y preparar estrategias adecuadas para el logro de los objetivos en el área de facturación y en la parte asistencial; Acordar tiempo de entrega de soportes al personal de facturación para que el proceso de liquidación de las remisiones sea eficaz; retroalimentar al personal de facturación y de referencia y contrarreferencia y mantener comunicación permanente y efectiva del área asistencia con el personal de facturación, para realizar la facturación total de los servicios de traslado de ambulancias. Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente.</p>
<p>RO 68</p>	<p>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.</p>	<p>La líder de facturación realiza revisión mensual de la facturación generada vs la facturación pre radicada en el sistema panacea ENTREGABLE: Acta de cargos</p> <p>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</p>	<p>Se evidencian actas con su respectivo soporte de asistencia denominadas "revisión cargos pendientes" correspondientes al periodo evaluado (julio y agosto) con el propósito de realizar la revisión mensual de la facturación generada vs la facturación pre radicada en el sistema PANACEA. Con esto se entiende ejecutado correctamente el control.</p> <p>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. En el informe se concluye que se hace necesario revisar los cargos correspondientes al primer semestre, con el fin de depurar y aquellos que se deben anular y no se hayo podido realizar el proceso por el frontal de panacea, según remitidos al área de sistemas, así como realizar la facturación efectiva de los pendientes. Respecto a los cargos del periodo evaluado, es decir julio y agosto, se recomienda la realización de jornadas de contingencia con el fin de realizar la depuración efectiva de los mismos, ya que corresponden al 92% de los pendientes.</p> <p>Con esto se entiende ejecutado el control de manera efectiva.</p>

GESTIÓN FINANCIERA - ACTUARIAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RIESGO ACTUARIAL No. 80	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.	<p>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</p>	<p>Se evidencia archivo en el Excel denominado ficha de costos en servicios de salud ESE ISABU, en el cual se puede apreciar que la ficha consta de 10 archivos para diseñar y actualizar las notas técnicas para los contratos de capitación y evento. Los porcentajes comprende una estimación subjetiva del avance de acuerdo al propósito de cada plantilla. La ficha de costos indica el valor unitario del costo en servicios por evento y por cápita (usuario capitado). Los costos lo componen: Costos de material médico quirúrgico, costos de personal directo (costo por especialista, tercerizado, evento y/o costo por servicio de asistencia de forma directa), costo de persona indirecto (costeo por actividades en asistenciales) y costos de servicios generales determinados por inductor de asignación de costos en: energía, agua, aseo, vigilancia, lavandería, desechos, comunicación, impresiones y esterilización. La ficha de costos se divide en:</p> <p>Ficha Servicio General (BASE1): son los costos unitarios para los servicios en las unidades hospitalarias diferentes a los laboratorios, cirugía, partos e imagenología. Servicios como los prestados en urgencias, hospitalización, traslados y consulta externa. Ficha Cirugía- Parto (BASE2): Son los costos unitarios para los servicios y/o procedimientos de cirugía general en quirófanos y los procedimientos en sala de partos. Ficha Laboratorio Clínico (BASE3): Son los costos de los procedimientos en el laboratorio. Ficha Imagenología (BASE4): Son los costos unitarios en los servicios de radiografías y ecografías. Ficha Centros (BASE5): Son los costos unitarios para los servicios prestados en la Red de Centros de Salud. Ficha RIAS (BASE8): Son los costos unitarios por la frecuencia de producción mensual en los convenios capitados con los principales ERP (COOSALUD, Sanitas y Nueva EPS). Se establece los costos unitarios por usuario de acuerdo con los costos unitarios de los servicios anteriores por la frecuencia o producción por convenio.</p> <p>Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>
		<p>El profesional de costos y el profesional de contratación realizaron un análisis trimestral de las notas técnicas, contando 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</p>	<p>Se evidencia acta de reunión del 2 de septiembre de 2024, en la cual se realiza un análisis trimestral de las notas técnicas, contando a partir de la creación de las fichas, con el fin de identificar desviaciones y notificar a la subgerencia administrativa y científica. En el acta se menciona que teniendo en cuenta que la ficha fue creada en el mes de julio, no es posible la realización de un análisis trimestral, sin embargo, se deja constancia que los valores variables tales como: servicios públicos y de servicios personales (personal administrativo y asistencial) y la frecuencia se han venido ajustando a la fecha.</p> <p>Así mismo, las partes indican que a la fecha no se tiene procesos contractuales con IPS o EPS de tal forma que no existen desviaciones en la contratación ante los servicios a contratar, por lo tanto, no hay novedades para trasladar a la subgerencia científica. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>

GESTIÓN FINANCIERA - LIQUIDEZ			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RIESGO DE LIQUIDEZ No. 81	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. Con esto se entiende ejecutado el control correctamente.
		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 con 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. Con esto se entiende ejecutado el control de manera efectiva.

16. RIESGOS GESTIÓN DOCUMENTAL

Este proceso tiene priorizados tres (3) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 69,70 y 71

16.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 69	Posibilidad de afectación administrativa por incumplimiento del cronograma de transferencia anual, por falta de disponibilidad de tiempo por parte de los archivos de gestión para aplicar el procedimiento de transferencia documental.	El profesional en Gestión Documental elaborara el cronograma de Transferencia Anual, el cual se socializará el mes de febrero y se delegaran funciones del procedimiento de Transferencias al equipo de Trabajo de la oficina en Grupo Primario, donde se evidenciará mediante un Acta. ENTREGABLE: Acta grupo primario socialización cronograma de Transferencia Anual - febrero	Este control se cumplió satisfactoriamente en el primer trimestre de 2024.

		<p>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 e acuerdo con los resultados.</p>	<p>Se evidencia acta de grupo primario de 22 de agosto de 2024 en el cual la contratista de apoyo de Gestión Documental socializa los resultados obtenidos en las transferencias documentales primarias, por lo cual señala que ya se realizó satisfactoriamente las tres transferencias documentales primarias que se tenían programadas en el cronograma de la vigencia 2024.</p> <p>Menciona que la oficina de SIAU le entrego sus archivos por medio de acta e inventario, así mismo, presupuesto el día 24 de agosto finalizo su transferencia y finalmente la oficina de carterera el cual su archivo es el más grande se avanzó y se adelantó la entrega para cumplir con los tiempos propuestos. De estas transferencias ejecutadas se evidencian actas, registro fotográfico e inventarios documentales, para su custodia en el archivo central.</p> <p>Con esto se entiende ejecutado el control de manera efectiva.</p>
<p>RO 70</p>	<p>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</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Este control se cumplió satisfactoriamente en el primer trimestre de 2024.</p> <p>Se evidencia informe denominado seguimiento I semestre y III trimestre 2024 al cronograma de digitalización -2024 en el cual se consigna que: El proceso de digitalización estuvo acompañado por el apoyo del archivo quien ha tenido conocimientos en los procedimientos de digitalización y realiza el control de calidad por medio de comprobaciones rutinarias que permiten garantizar en todo momento el estado particular que se encuentra para llevar a cabo la digitalización, de tal forma que el escáner con el que se cuenta actualmente produzca imágenes fieles e íntegras, tal y como se han definido con anterioridad. El propósito es velar por la correcta calidad de la imagen obtenida y de sus metadatos, es decir, del documento electrónico obtenido en el proceso. La tabla muestra detalladamente el cumplimiento de las actividades que se proyectaron en el cronograma de digitalización dentro del periodo en ejecución. Del mismo modo, se continuó con el procedimiento de digitalización específicamente en el punto de almacenamiento, en este caso la oficina de Gestión Documental ha ido almacenando o archivando los documentos digitalizados en los dos discos extraíbles, se han realizado back ups para garantizar que esta información no se destruya fácilmente. Con esto se entiende cumplido el control de manera satisfactoria.</p>

RO 71	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 pudo establecer que en el tiempo proyectado en el cronograma de digitalización se cumplió al 100%, las actividades que se habían planeado. Este control se cumplió satisfactoriamente demostrando su efectividad.

17. RIESGOS GESTIÓN JURÍDICA

Este proceso tiene priorizados tres (3) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 72,73 y 74

17.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 72	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 (junio a septiembre de 2024) en la ESE ISABU" en el cual se especifica que : Para el periodo de junio a septiembre de 2024, se realiza la revisión de los expedientes contractuales por parte del jefe de la Oficina Asesora Jurídica previo a la celebración del contrato como filtro eficaz para verificar que la totalidad de los documentos precontractuales y contractuales reposen en el expediente y controlar el orden de estos. Este seguimiento y control resulta efectivo ya que permite verificar que los documentos se encuentren completos antes de proceder a la firma del contrato, garantizando que los expedientes contractuales se encuentren debidamente organizados conforme lo describe las listas de chequeo. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.

RO 73	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, segundo y tercer trimestre acumulado 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. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
		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.	El primer informe de las peticiones recibidas correspondiente a los meses de enero a junio de 2024 fue presentado en el segundo trimestre de 2024. Se espera el segundo informe para el último seguimiento correspondiente al segundo semestre de 2024.
RO 74	Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a falta de reporte, reporte errado, incompleto o extemporáneo en las plataformas del SIA OBSERVA y SECOP II de la etapa precontractual en los procesos celebrados por la ESE ISABU, debido los periodos de contratación masiva que se adelantan.	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 tercer trimestre se identifica que se materializó el riesgo, ya que se presentó extemporaneidad de un (1) contrato en el mes de agosto de 2024. Lo anterior también se evidenció en un oficio enviado por la jefe de la oficina de control interno en un oficio de 25 de septiembre de 2024 radicado 3616 en el cual se menciona: En el contexto del seguimiento mensual que realiza la oficina de control interno a la publicación en el SIA OBSERVA y SECOP II al 100% de la contratación realizada en el mes de agosto de 2024, se identificó la extemporaneidad en la publicación de un contrato en el SIA OBSERVA (contrato 812-2024). Teniendo en cuenta que la extemporaneidad en la publicación en las mencionadas plataformas está relacionada con el riesgo No. 74 del mapa de riesgos operacionales V2, es necesario declarar por parte de esta oficina de control interno la materialización del riesgo. Si bien hasta la fecha los controles venían ejecutándose y cumpliendo su papel de minimizar el riesgo de materialización, en el mes de agosto el control resultó poco efectivo frente al contrato en mención. Esto para el sistema general de riesgos resulta altamente perjudicial, más si tenemos en cuenta que las extemporaneidades habían cesado de manera considerable, reconociéndose la gran labor realizada por la oficina asesora jurídica por la publicación oportuna.
		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. Entregable: Matriz de seguimiento.	Teniendo en cuenta lo anterior y ante la presente notificación, es necesario que el líder de la oficina asesora jurídica, su grupo de apoyo y la oficina asesora de planeación, conformen una mesa de trabajo con el fin de analizar el control, su estructura y efectividad, implementando acciones correctivas que garanticen la efectiva ejecución de controles y la adecuada administración del riesgo. Adicionalmente, es necesario que, desde el Comité Integral Gestión del Riesgo con participación de la Alta Gerencia, se gestionen acciones de mejora con el fin de lograr una adecuada administración del riesgo de la ESE ISABU, más si tenemos en cuenta que una de las funciones de las oficinas de control interno es alertar a la Dirección sobre los riesgos que no han sido adecuadamente mitigados. Comentario de la OCI: Teniendo en cuenta la materialización del riesgo identificada, es necesario que, desde las instancias correspondientes, ya sea, oficina de planeación y Comité Integral de Gestión del Riesgo con el fin de analizar los controles y se tomen las medidas correctivas necesarias con el fin de evitar la materialización del riesgo.

Evaluación de la efectividad de los controles: En la evaluación de controles correspondiente al tercer trimestre de 2024, se identificó la extemporaneidad en el contrato No. 812 de 2024. Adicionalmente esta oficina de control interno producto del seguimiento mensual que realiza a la publicación en el SIA OBSERVA y SECOP II al 100% de la contratación realizada en el mes de agosto de 2024, identificó la extemporaneidad en la publicación del contrato mencionado en el SIA OBSERVA. Ante esto, se reportó la materialización del riesgo ante la gerencia y la oficina de planeación mediante oficio radicado 3616 de 25 de septiembre de 2024, en el cual se puede leer: “Teniendo en cuenta que la extemporaneidad en la publicación en las mencionadas plataformas está relacionada con el riesgo No. 74 del mapa de riesgos operacionales V2, es necesario declarar por parte de esta oficina de control interno la materialización del riesgo. Si bien hasta la fecha los controles venían ejecutándose y cumpliendo su papel de minimizar el riesgo de materialización, en el mes de agosto el control resultó poco efectivo frente al contrato en mención. Esto para el sistema general de riesgos resulta altamente perjudicial, más si tenemos en cuenta que las extemporaneidades habían cesado de manera considerable, reconociéndose la gran labor realizada por la oficina asesora jurídica por la publicación oportuna.

Recomendación de control interno: Teniendo en cuenta lo anterior y ante la presente notificación, es necesario que el líder de la oficina asesora jurídica, su grupo de apoyo y la oficina asesora de planeación, conformen una mesa de trabajo con el fin de analizar el control, su estructura y efectividad, implementando acciones correctivas que garanticen la efectiva ejecución de controles y la adecuada administración del riesgo. Adicionalmente, es necesario que, desde el Comité Integral Gestión del Riesgo con participación de la Alta Gerencia, se gestionen acciones de mejora con el fin de lograr una adecuada administración del riesgo de la ESE ISABU, más si tenemos en cuenta que una de las funciones de las oficinas de control interno es alertar a la Dirección sobre los riesgos que no han sido adecuadamente mitigados”

18. RIESGOS GESTIÓN CONTROL INTERNO

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 75

18.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CONTROL INTERNO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2024)
RO 75	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 julio, agosto y septiembre, 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.

		<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Con esto se entiende correctamente ejecutado el control.</p>
--	--	---	---

19. RIESGO GESTIÓN DISCIPLINARIO INTERNO

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.
Riesgo Operacional: Riesgo 76

19.1. 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 (III TRIMESTRE 2023)
RO 76	<p>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>	<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>	<p>Se evidencia certificaciones de la coordinadora del grupo formal de trabajo de Control Disciplinario Interno, correspondientes a los meses de julio, agosto y septiembre 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.</p>

 ISABU <small>e.s.e. INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA</small>	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 37-41
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

20. RIESGO APOYO DIAGNOSTICO- RADIOLOGÍA

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 79

20.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO - RADIOLOGIA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (III TRIMESTRE 2023)
RO 79	Posibilidad de pérdida financiera y sanciones disciplinarias por toma de exámenes de imagenológicos sin estar facturados debido a la falta de control de lo facturado con lo realizado apoyado en el software PANACEA.	El oficial de protección radiológica realiza revisión mensual de exámenes radiológicos tomados, las cuales se registran en el formato de control diario y los compara con los examen facturados registrados en el software de PANACEA por parte de facturación, evidenciando los resultados mediante informe de forma trimestral, el cual será enviado por correo electrónico al jefe de subgerencia científica y administrativa para su respectivo conocimiento y toma de acciones al respecto si lo son necesarias. Entregable: Informe trimestral y correo electrónico donde se evidencia el envío del informe al jefe de subgerencia científica y administrativa.	Se evidencia informe correspondiente al tercer trimestre en el cual se busca minimizar el número de estudios no facturados durante el año 2024. El informe analiza que efectuar los cruces y evidenciar cuales estudios se han tomado y cuales no, teniendo en cuenta las ordenes canceladas luego de tomadas por el área que remite, las mal solicitadas que no se modificaron ni anularon, órdenes de eventos incluidas en cápita y viceversa. Se concluye en el informe que sigue siendo el agendamiento y fallas de facturación con estudios comparativos y de preparación, la incidencia en error más recurrente. Se continúa facturando estudios de cápita como evento y viceversa y estudios cancelados ya tomados. Se evidencia igualmente informe con el fin de evidenciar los envíos de los estudios tomados luego cancelados correspondientes al tercer trimestre de 2024, siendo reportados a la subgerencia administrativa, científica y dirección del Hospital Local del Norte. Con esto se entiende ejecutado correctamente el control.

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. Es una recomendación reiterada y que podría impactar positivamente el sistema de riesgo de convertirse en una buena práctica frente a la ejecución de los controles.
- Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario que los líderes y grupos de trabajo conozcan el proceder frente a la materialización de los riesgos; por lo tanto, en los monitoreos realizados por la oficina de Planeación se debe indicar por parte del líder cualquier cambio que se haya detectado al momento de la ejecución del control, trabajando de manera inmediata en las acciones correctivas para evitar materializaciones
- Del resultado del seguimiento se detectó:

Del análisis del riesgo No. 78 y determinando la finalidad de este, que no es otra que la prevención de pérdida de recursos económicos, tal y como se puede leer en la redacción del riesgo, recomienda esta oficina de control interno que el riesgo sea analizado junto al líder del proceso y la oficina de planeación, determinando la conveniencia de ubicar el riesgo en el mapa de riesgo de corrupción SICOF o en el mapa de riesgos operacional, según el análisis realizado por el líder, no sin antes estudiar los efectos que para la entidad traería clasificarlo en el mapa de riesgos correcto.

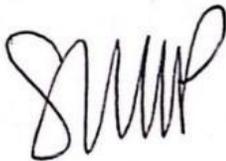
Respecto al riesgo No. 56, reitera esta oficina de control interno la recomendación realizada en el anterior seguimiento, en el cual se hacía necesario que en las actas de inventario aleatorio se relacionen los activos

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.

En el tercer trimestre de 2024, se identificó de la aplicación de controles y del seguimiento mensual ejecutado por la oficina de control interno, la materialización del riesgo No. 74 correspondiente a la publicación extemporánea en las plataformas SIA OBSERVA y SECOP II. Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario que la oficina asesora jurídica, su grupo de apoyo y la oficina asesora de planeación, conformen una mesa de trabajo con el fin de analizar el control, su estructura y efectividad, implementando acciones correctivas que garanticen la adecuada administración del riesgo. Adicionalmente, es necesario que, desde el Comité Integral Gestión del Riesgo con participación de la Alta Gerencia, se gestionen acciones de mejora con el fin de lograr una adecuada administración del riesgo de la ESE ISABU, más si tenemos en cuenta que una de las funciones de las oficinas de control interno es alertar a la Dirección sobre los riesgos que no han sido adecuadamente mitigados.

- Las recomendaciones identificadas, así como el resultado de la evaluación de los controles, serán dadas a conocer a los líderes y la oficina de planeación con el fin de tomar los correctivos a los que haya lugar.
- Para el último trimestre de la vigencia 2024, el seguimiento y evaluación de la oficina de control interno se realizará de manera directa con mesas de trabajo con los líderes, es decir se retomará la dinámica ejecutada en los primeros dos trimestres, por lo tanto, se agradece contar con la disposición de tiempo una vez se establezca el cronograma para las mesas de trabajo.

Equipo auditor:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno