

1100-380-10

CI- 215

Bucaramanga, 16 de diciembre de 2025

Doctor
HERNÁN DARIO ZÁRATE ORTEGÓN
Gerente

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

Firma _____

Radicado: **00004532**

Enviado: 16/12/2025 - 9:11 a.m.

ventanillaunica

ESE ISABU



Asunto: Informe de seguimiento y evaluación al Mapa de riesgos operacionales IV trimestre vigencia 2025.

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 a octubre y noviembre de 2025.

Agradezco su atención.

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-006	PAGINA: 1-38
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES DE LA E.S.E. ISABU OCTUBRE Y NOVIEMBRE VIGENCIA 2025

Responsable del Proceso o subproceso: Ingeniera
OLGA LUCIA MANTILLA URIBE
Jefe Oficina de Planeación Institucional

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 2025, un mapa de riesgos operacionales, actuarial, reputacional y de 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 a los meses de octubre y noviembre de la vigencia 2025, teniendo en cuenta el mapa de riesgos operacionales consolidado y publicado en la página web institucional y la política de administración del riesgo de la E.S.E ISABU.

El presente cierre se realiza, teniendo en cuenta las recomendaciones del Departamento Administrativo de la Función Pública frente a la entrega de cargos de los jefes de control interno periodo 2022-2025.

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 a los meses de octubre y noviembre de la vigencia 2025.

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.
- Emitir un concepto del estado del sistema de administración del riesgo desarrollado durante la vigencia 2025 y establecer las pautas necesarias para la estructuración del mapa de riesgos para la vigencia 2026.

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
CODIGO: CIN-F-006	PAGINA: 2-38
VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

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 7 DAFP.
- Circulares externas emitidas por la Supersalud No. 20211170000004-5 y 20211170000005-5 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 7 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 a través de los seguimientos y evaluaciones desplegados dentro de las actividades propias de auditoría interna establece la efectividad de los controles para evitar la materialización de los riesgos, por lo tanto, esta oficina presenta el informe del cuarto seguimiento correspondiente a los meses de octubre y noviembre de la vigencia 2025, efectuado al Mapa de Riesgos Operacionales, actuarial, reputacional y de liquidez institucional de la E.S.E ISABU, de acuerdo con el consolidado de evidencias presentadas por cada uno de los líderes a la oficina de control interno, las cuales se analizan logrando identificar la efectividad de los controles aplicados en cada uno 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 2025**

Dando cumplimiento a las funciones propias de la Oficina de Control Interno, a lo contemplado en el Plan Anual de auditorías para la vigencia 2025 y en obediencia de las directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública respecto a la entrega de cargos de los jefes de control interno periodo 2022-2025, se efectuó seguimiento a la matriz de mapa de riesgos operacionales, actuarial, reputacional y de liquidez, analizando los soportes que evidencian la implementación de controles verificando 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 subprocesos y a cincuenta y nueve (59) riesgos operacionales, reputacionales, de liquidez y 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 Institucional	Riesgos Operacionales: 20,21,22,23,24,25,26 Riesgo Reputacional: 77 y 78	9 riesgos
2. Gestión Calidad	Riesgos Operacionales: 27,28,29,30,31,32,33,34	8 riesgos
3. Gestión Atención Ambulatorios	Riesgos Operacionales: 35	1 riesgo
4. Gestión Talento Humano	Riesgos Operacionales: 36,37	2 riesgos
5. Gestión Atención al Usuario	Riesgo Operacional: 40	1 riesgo
6. Gestión Atención de Urgencias	Riesgo Operacional: 39	1 riesgo
7. Gestión de Internación	Riesgo Operacional: 40	1 riesgo
8. Gestión Cirugía y Atención de partos	Riesgo Operacional: 41	1 riesgo
9. Gestión Apoyo Terapéutico- terapias	Riesgo Operacional: 43	1 riesgo
10. Gestión Atención Ambulatoria- Odontología	Riesgo Operacional: 44	1 riesgo
11. Gestión de la Salud Pública	Riesgo Operacional: 45,46,47,48,49,50	6 riesgos
12. Gestión de Recursos Físicos	Riesgo Operacional: 42,51,52,53,54	5 riesgos
13. Gestión de las TICS	Riesgo Operacional: 55,56,57,58,59	5 riesgos
14. Gestión Financiera	Riesgo Operacional: 60,61,62,63,64 Riesgo Actuarial: 75 Riesgo de Liquidez: 76	7 riesgos
15. Gestión Documental	Riesgo Operacional: 65,66,67	3 riesgos
16. Gestión Jurídica	Riesgo Operacional: 68,69,70	3 riesgos
17. Control Interno	Riesgo Operacional: 71	1 riesgo
18. Control Disciplinario Interno	Riesgo Operacional: 72	1 riesgo
19. Gestión Apoyo Diagnóstico- Laboratorio Clínico	Riesgo Operacional: 73	1 riesgos

20. Apoyo Diagnóstico-Imagenología	Riesgo Operacional: 74	1 riesgos
TOTAL		59 riesgos

• **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES, ACTUARIAL, LIQUIDEZ Y REPUTACIONAL - 2025 E.S.E ISABU- OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025**

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

1. RIESGOS GESTIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

Este proceso tiene priorizado siete (07) riesgos operacionales y dos (2) reputacionales para un total de nueve (9) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 20,21,22,23,24,25 y 26

Riesgo Reputacional: Riesgos 77 y 78

1.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 20	Posibilidad de destitución del representante legal y proceso disciplinario por incumplimiento del Plan de Gestión causado por falta de monitoreo de los líderes responsables de cada uno indicadores de gestión al presentar información de fuentes no confiables, inoportuna y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales, ocasionando, incumpliendo de la normatividad vigente establecida.	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.	Durante los meses de octubre y noviembre de 2025 la profesional especializada de planeación realizó solicitud a los líderes responsables de la medición y análisis de los indicadores de gestión correspondientes al tercer trimestre de 2025 a través de correo electrónico el 15 de octubre de 2025 a Planeación, Calidad, Jurídica, Subgerencia Administrativa, Subgerencia Científica y Dirección de las Unidades Hospitalarias. Se realizó la consolidación de los resultados en la matriz de indicadores correspondiente al tercer trimestre de 2025, los cuales fueron reportados al jefe de la oficina de Planeación. Se evidencia solicitud de correos electrónicos realizada el 15 de octubre de 2025, Matriz de consolidación de los indicadores de gestión III trimestre de 2025.
		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.	La jefe de la oficina de Planeación revisó y presentó medición de los indicadores de gestión con corte al 30 de septiembre de 2025 en el comité CIGD, Acta No 13 del 11 de noviembre de 2025. Se evidencia Acta No 13 del 11 de noviembre de 2025.

R 21	Incumplimiento del índice de Desempeño institucional del FURAG por información inoportuna de las acciones del Plan de MIPG, por falta de monitoreo y deficiencia en la implementación de las políticas de MIPG por parte de los líderes de políticas y la oficina asesora de planeación.	<p>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 quedarán registrado en el Excel de seguimiento del Plan de acción de MIPG.</p>	<p>Durante los meses de octubre y noviembre de 2025 la profesional especializada de Planeación realizó el primer seguimiento del Plan de Acción MIPG 2025-2026, correspondiente a las actividades programadas en el III trimestre de la vigencia 2025, donde se programó 3 actividades con una ejecución de 3 actividades con un cumplimiento del 100% de lo programado y un cumplimiento acumulado del plan del 100%.</p> <p>Este Plan de Acción MIPG 2025-2026 fue aprobado por el Comité CIGD el día 28 de agosto de 2025 con 53 actividades y 58 metas, con cierre de ejecución hasta el 30 de junio de 2026.</p> <p>Se evidencia Excel con el seguimiento PA MIPG 2025-2026 con corte al 30 de septiembre de 2025.</p>
		<p>El jefe de la oficina asesora de planeación presentará el seguimiento del Plan de acción de MIPG de forma trimestral a través del comité CIGD para la toma de decisiones frente a las actividades no alcanzadas, dejando registro en las actas del comité del CIGD.</p>	<p>La jefe de la oficina de Planeación presentó en el comité CIGD del 11 de noviembre de 2025 Acta No 13, el seguimiento del Plan de Acción MIPG 2025-2026, con corte al 30 de septiembre de 2025, donde para el III trimestre se programó 3 actividades y se ejecutaron 3 actividades cumplimiento del 100% y cumplimiento acumulado del 3.</p> <p>Se evidencia Acta No 13 del 11 de noviembre de 2025.</p>
R 22	Posibilidad de afectación disciplinarias, administrativas, económica debido al incumplimiento en la realización y publicación del Programa de Transparencia y Ética Pública para la vigencia.	<p>El profesional apoyo de la Oficina de Planeación encargado en la construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) a través de mesas de trabajo 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</p>	<p>Esta actividad se cumplió en el primer trimestre de 2025</p>
		<p>El jefe de la oficina de planeación sustenta el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) ante el comité de Riesgos para su aprobación 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.</p>	<p>Esta actividad se cumplió en el primer trimestre de 2025</p>
		<p>El profesional de apoyo de planeación realiza monitoreo de forma cuatrimestral a través de mesas de trabajo con registro del monitoreo utilizando herramienta de Excel matriz de monitoreo.</p>	<p>Se evidencia documento denominado " Informe de monitoreo del programa de Transparencia y ética pública (PTEP) tercer cuatrimestre vigencia 2025" en el cual manifiesta que durante el 4 de diciembre de 2025 se monitoreo el 100% de los líderes del programa, explicando la importancia del programa y solicitando el cague de la ejecución de controles correspondientes al tercer cuatrimestre con corte a noviembre de 2025, enfatizando en el uso de la pirámide documental. De igual manera se evidencian planillas de asistencia a los monitoreos con los líderes.</p>
R 23	Posibilidad de Afectación Administrativa, económica por demoras en los tiempos de estructuración por ausencia de documentación técnica de la institución para la estructuración de proyectos, causando retrasos en la presentación del proyecto.	<p>El profesional de proyectos junto con la jefe de planeación realizará mesa de trabajo para establecer la documentación que se requiere para la formulación del proyecto, se evidenciará mediante acta de reunión cada vez que surja un proyecto.</p>	<p>Se evidencia acta de reunión del 4 de diciembre de 2025 en la cual el área de proyectos y la jefe de la oficina asesora de planeación, realizan seguimiento de avances de riesgos operacionales correspondiente al periodo de octubre y noviembre de 2025 manifestando que el periodo referido no se efectuó la radicación de proyectos ante ninguna de las dependencias pertinentes, lo cual suprimió de facto la exposición institucional al escenario de riesgo descrito, por lo tanto la probabilidad de</p>

		<p>La jefe de planeación solicitará al profesional de proyectos la entrega de la copia del radicado ante la entidad competente y los documentos de cada proyecto, evidenciando que el proyecto cumplió con los requisitos para su viabilizarán cada vez que surja un proyecto.</p> <p>Entregable: copia del radicado a la entidad competente y los documentos de cada proyecto.</p>	<p>materialización del riesgo es nula, no siendo necesario la activación de protocolos correctivos ni preventivos asociados al mismo. Se puntualiza que se continuará realizando seguimiento permanente al mapa de riesgos con el fin de garantizar una respuesta oportuna ante cualquier cambio en las condiciones operativas, normativas e institucionales que puedan incidir en la materialización de este u otros riesgos relacionados con la estructuración de proyectos de inversión.</p>
R 24	<p>Posibilidad de afectación administrativa en el cumplimiento del plan de desarrollo por no realización de los boletines informativos.</p>	<p>El profesional de comunicaciones recopilará información de interés o información relevante por medio de acompañamiento de actividades, o solicitud de información con los líderes de procesos, aplicando listado de temas según actividades solicitadas en el mes con el objetivo de generar un boletín mensual.</p> <p>Entregable: Listado de temas</p>	<p>Se evidencia documento denominado "Listado de temas comunicaciones" correspondiente a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2025 en el cual se relacionan las actividades relevantes o campañas adelantadas por parte de la entidad. En esto se incluye diseño de material, cubrimiento de actividades para generación de contenido de redes sociales.</p>
		<p>El equipo de comunicaciones genera el boletín y este es presentado al profesional de comunicaciones para su aprobación, una vez aprobado el boletín será enviado por correo electrónico para su respectiva publicación en la página web institucional.</p> <p>Entregable: Correo de aprobación del boletín.</p>	<p>Se evidencian actas de reunión en las cuales se realiza la revisión y aprobación del boletín informativo correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2025. Se deja constancia de asistencia a las reuniones de aprobación del boletín y la publicación de estos en la página web institucional.</p> <p>Se evidencia la publicación de los boletines correspondientes a los meses evaluados.</p>
R 25	<p>posibilidad de afectación de imagen y administrativo por incumplimiento al plan de desarrollo institucional por falta de ejecución de las metas de cada proyecto del plan de desarrollo por no realización de monitoreo y deficiencia de la gestión por parte de los líderes de procesos responsables de las metas.</p>	<p>El profesional de apoyo de la oficina asesora de planeación realizará seguimiento trimestral al Plan Operativo Anual en cumplimiento a las actividades programadas y establecidas, las cuales quedarán registrado en el Excel de seguimiento al Plan Operativo Anual.</p>	<p>En el cuarto trimestre de 2025 la profesional especializada de planeación realizó solicitud a los líderes responsables de los soportes de ejecución de las actividades del Plan de acción del POA y realizó seguimiento del cumplimiento de cada una de las metas programadas para el tercer trimestre de 2025, seguimiento reportado al jefe de la oficina de Planeación.</p> <p>Se evidencia Excel con el seguimiento del POA 2025 con corte al 30 de septiembre de 2025.</p>

		<p>El jefe de la oficina asesora de planeación presentará el seguimiento del Plan Operativo Anual de forma trimestral a través del comité CIGD para la toma de decisiones frente a las actividades no alcanzadas que afectan el cumplimiento de metas, dejando registro en las actas del comité del CIGD.</p>	<p>La jefe de la oficina de Planeación presentó en el comité CIGD el seguimiento del POA 2025. El plan de desarrollo Institucional 2024-2027 "CON SALUD SEGURA BUCARAMANGA AVANZA" fue aprobado mediante Acuerdo N°0012 del 27 de diciembre de 2024.</p> <p>Para la vigencia 2025 el POA se programó con 4 objetivos estratégicos, 16 programas, 48 proyectos y 48 metas (Plan de acción con 239 actividades). Con corte a 30 de septiembre, el POA se programó con los 4 objetivos estratégicos, 16 programas, 41 proyectos y 41 metas.</p> <p>Para el tercer trimestre de la vigencia 2025 se evidencia un resultado de cumplimiento del 85,4% de las metas planteadas en el plan de acción; en donde de 41 metas programadas para el trimestre, 35 cumplieron los objetivos programados.</p> <p>Frente al acumulado con corte al 30 de septiembre se puede indicar que de 47 proyectos programados 41 han cumplido a cabalidad con el plan de acción definido para un cumplimiento del 87,2% es de resaltar que un proyecto a este corte no se encuentra programado.</p> <p>El estándar meta de cumplimiento del Plan de Desarrollo es mayor o igual al 90%. Proyectos atrasados:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.3.1. Elaborar Y Ejecutar El Cronograma De Mantenimiento Preventivo De Los Equipos biomédicos de La Ese ISABU. 1.3.3. Elaborar y ejecutar el cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos de cómputo de la ESE ISABU. 1.3.6 Actualizar y ejecutar el plan de acción anual del plan institucional de archivos – PINAR. 1.3.7 Adquirir y/o actualizar un software de ventanilla única, para el mejoramiento de la gestión de la información y archivo documental. 3.1.2 Actualizar y ejecutar el plan estratégico de tecnologías de la información – PETI. 4.3.1 Mantener el patrimonio anual igual o mayor a 1.0. <p>Se evidencia el Acta del Comité CIGD No 13 del 11 de noviembre de 2025.</p>
R 26	Posibilidad de afectación administrativo, disciplinaria y fiscal por incumplimiento a la implementación de las políticas institucionales adoptadas por la entidad por falta de conocimiento normativo, capacitación y herramientas de	<p>El profesional de apoyo de la oficina de planeación realiza seguimiento a las políticas institucionales utilizando herramienta matriz de seguimiento con periodicidad trimestral.</p>	<p>Se evidencia matriz de seguimiento de las políticas institucionales, los cuales obedecen a un cronograma previamente establecido, que inició en el mes de agosto de 2025. Según los avances reportados en la matriz, las políticas institucionales fueron presentadas para aprobación en el comité CIGD del mes de octubre de 2025 donde fueron aprobadas.</p>

	seguimiento por parte de los líderes de procesos.	La jefe de planeación analiza los resultados con corte trimestral obtenidos de la matriz de seguimiento, identificando las desviaciones, implementando estrategias correctivas, asignación de responsables y plazos para corregir incumplimientos detectados.	Se evidencia documento denominado "Revisión cumplimiento planes de acción políticas" en el cual se menciona que a 30 de noviembre los líderes de políticas realizaron la entrega del borrador de las resoluciones, el área de planeación realizó las revisiones y ajustes correspondientes y fueron entregadas al área jurídica para su revisión y respectivas firmas, sin embargo no han sido entregadas por parte de la oficina jurídica, por lo tanto se citó a reunión el 5 de diciembre de 2025 con el fin de agilizar las revisiones y lograr aprobar los documentos para la publicación y la difusión.
--	---	---	---

PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - RIESGO REPUTACIONAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R REPUTACIONAL 77	Posibilidad de afectación reputacional por desconocimiento de las directrices respecto al proceso de comunicaciones, por falta de adherencia de los líderes y del comunicador al manual de comunicaciones.	El profesional de comunicaciones realizará inducción y rein inducción en las directrices del Manual de comunicaciones de manera semestral. Entregable: INFORME DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Se evidencia acta de reunión del 11 de noviembre de 2025, en la cual se realiza la socialización del manual de identidad y marca de la ESE ISABU, en el marco del comité CIGD y en la que hicieron presencia todos los miembros del mencionado comité. Esta sería la actividad correspondiente al segundo semestre de 2025.
R REPUTACIONAL 78	Posibilidad de 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.	El profesional de comunicaciones revisará las solicitudes diarias de realización de contenidos enviados por los líderes al correo de comunicaciones, las cuales serán socializadas con el equipo de comunicaciones con el objetivo de desarrollar los contenidos solicitados siguiendo los lineamientos del manual de comunicaciones, dando respuesta oportuna mediante correo electrónico según necesidad y prioridad. Lo anterior se soportará mediante un informe, el cual recopila de manera trimestral la atención y desarrollo de las solicitudes realizadas a comunicaciones. Entregable: informe trimestral que contenga un análisis del contenido solicitado y desarrollado.	Se evidencia documento denominado "Análisis contenidos solicitados área de comunicaciones" correspondiente al periodo de octubre a diciembre de 2025 en el cual se relaciona que en los meses evaluados se han recibido 28 solicitudes de producción de contenidos, las cuales fueron atendidas de manera oportuna dentro de los plazos establecidos, tanto para el diseño de material de difusión interno y externa, como para la cobertura de eventos, generación de contenidos y edición de piezas para redes sociales. En el periodo evaluado no se materializó riesgos ya que no se reportaron errores en los productos entregados.

2. RIESGOS GESTIÓN DE CALIDAD

Este proceso tiene priorizado ocho (08) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 27,28,29,30,31,32,33 y 34

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 (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 27	Posibilidad de daño y muerte del paciente, afectación económica, reputacional, sanción penal, por eventos adversos durante la prestación del servicio, por falta de adherencia al programa de seguridad del paciente y los paquetes instruccionales aplicables a la institución.	<p>El profesional de seguridad del paciente e infecciones realizará auditoria a través de rondas de seguridad del paciente aplicando lista de chequeo, de acuerdo a cronograma establecido para la vigencia 2025 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.</p> <p>PRODUCTO ENTREGABLE: Informe de los resultado de la aplicación de las diferentes listas de cheques</p> <p>La líder de seguridad del paciente e infecciones realizará seguimiento a los eventos adversos presentados y a las acciones de mejora establecidas para disminuir el riesgo de ocurrencias de los mismos, a través del comité integrador de seguridad del paciente de manera trimestral y el comité de prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS y de optimización del uso de antimicrobianos-RAM- PROA de manera mensual.</p> <p>Entregable: Actas de Comité Integrador y Actas de comité de prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS y de optimización del uso de antimicrobianos-RAM- PROA</p>	<p>Se evidencia cronograma de rondas de seguridad del paciente e infecciones correspondientes al cuarto trimestre de 2025. En cumplimiento del cronograma se realizó rondas de seguridad del paciente e infecciones, en el mes de octubre se realizaron 14 rondas, noviembre 5 rondas y en diciembre no se programaron rondas. De las rondas se expide informe correspondiente identificando el cumplimiento de la normatividad vigente.</p> <p>Se evidencia acta del Comité Integrador de seguridad del paciente, reactivo vigilancia, farmacovigilancia y tecnovigilancia correspondiente al 7 de octubre de 2025 y dos (2) actas de comité de prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS y de optimización del uso de antimicrobianos-RAM- PROA correspondiente a los meses de septiembre y octubre.</p>
R 28	Posibilidad de afectación administrativa, económica y reputacional, por incumplimiento en la meta de ejecución del PAMEC de acuerdo a la resolución 408 del 2018 por falta de compromiso de los líderes al desarrollo del plan de mejora PAMEC para la vigencia y no seguimiento por parte de la oficina de calidad	<p>El profesional de calidad encargado de la implementación del Pamec realizará de manera trimestral seguimiento al cumplimiento del plan de acción PAMEC con los líderes responsables de cada estándar, esto se realizará a través de la matriz de seguimiento.</p> <p>Entregable: ACTA DE SEGUIMIENTO MATRIZ DE SEGUIMIENTO</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</p> <p>Entregable: Acta de reunión</p>	<p>Se evidencian matriz de seguimiento en la cual se compila los resultados correspondientes al primer, segundo y tercer trimestre de 2025. En la matriz de exalta con color verde las oportunidades de mejora finalizadas y el avance de cada una de las mejoras. Para el tercer trimestre se evidencia 74% de cumplimiento, lo cual es un avance positivo. Debido a que las evidencias se solicitaron con corte a 30 de noviembre de 2025, hasta la fecha no se ha realizado seguimiento del cuarto trimestre de 2025. Se evidencia igualmente actas de seguimiento con los líderes de ambiente físico y gestión de la tecnología, cliente asistencial y talento humano en las cuales se deja constancia del seguimiento y el resultado de este. Con esto se entiende ejecutado el control.</p> <p>Se evidencia reunión de equipo transversal del mejoramiento II semestre realizado el 28/10/2025 en el cual se presentan los avances con corte a III trimestre de 2025 en el cual se informa que el porcentaje de cumplimiento para la vigencia, hasta la fecha es de 74%. Se presenta un recuento de las actividades pendientes y las finalizadas y en general se imparten las recomendaciones para el cierre del PAMEC vigencia 2025.</p>

R 29	<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.</p> <p>Entregable: Informe con los hallazgos encontrados Pantallazo de correo de socialización de informe de hallazgos</p>	<p>Mediante certificación del 3 de diciembre de 2025, la profesional de habilitación del área de Calidad informa que durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 no se generaron autoevaluaciones de habilitación según Resolución 3100 del 2019, en razón a que dichas actividades fueron ejecutadas en su totalidad durante los trimestres anteriores, conforme al cronograma previamente establecido. Es importante resaltar que las autoevaluaciones programadas para la vigencia 2025 alcanzaron un cumplimiento del 100%, sin que se presentaran desviaciones, situaciones que ameritaran reprogramación o acciones correctivas complementarias.</p>
R 30	<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, a través de reuniones.</p> <p>Entregable: informe de inducción y reinducción</p>	<p>Se evidencia informe de seguimiento de planes de mejoramiento de gestión de sistema único de habilitación correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025 en el cual se realiza seguimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento arrojados de las auditorías por parte de la secretaría de Salud departamental. Del seguimiento se concluyó que con corte a 30 de noviembre de 2025 se da un cumplimiento del 60% de las acciones planteadas, se presentan retrasos en las adecuaciones de infraestructura en los centros de salud y en la adquisición de dotación de equipos biomédicos.</p> <p>Se evidencia informe de inducciones realizadas durante los meses de octubre y noviembre de 2025 en el cual se concluye que se logró capacitar a 155 colaboradores distribuidos en las diferentes sedes de la ESE ISABU en temas como la correcta segregación de residuos, el código de colores, estrategias ambientales y conceptos de hospital verde, además de socializar el PGIRASA. Resalta el informe que continuar con las inducciones y reinducciones nos permite fortalecer los conocimientos del área de gestión ambiental y mejorar la preparación del personal para llevar a cabo sus tareas de manera más eficiente y consciente con el medio ambiente.</p>

		<p>La ingeniera ambiental realiza auditorias aplicada lista de chequeo, de acuerdo a cronograma establecido a la adherencia al Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades PGIRASA</p> <p>Entregable: informe de auditoria</p>	<p>Se evidencia informe de inspecciones gestión ambiental correspondiente al periodo de octubre a noviembre de 2025 en el cual se describe que teniendo en cuenta el cronograma de auditorías internas realizadas desde el área de ambiental se programaron 78 visitas de inspección a las diferentes sedes y servicios de las unidades hospitalarias distribuidos de la siguiente manera: 39 visitas en el mes de octubre y 39 visitas en el mes de noviembre, detallando las observaciones en cada una de las sedes. Los resultados se presentaron de la siguiente manera: Es importante resaltar que para la zona norte el porcentaje más bajo lo obtuvo el centro de salud Santander especialmente por el tema de humedades, solo cuenta con dos cuartos de residuos y la puerta presenta óxido. Para la Zona sur el porcentaje más bajo lo obtuvo el centro de salud Rosario con 87%, centro de salud Concordia con 87%, y Cristal Alto con 87% debido a las humedades, no cuenta con el Código de colores presentan falencias en el cuarto de residuos. Durante los meses de octubre y noviembre, la mayoría de los servicios alcanzaron un promedio del 98% en las listas de chequeo. Los servicios de Consulta Externa y Urgencias obtuvieron un promedio del 92%, mientras que el servicio de Partos alcanzó un 96%. Durante la inspección realizada en la UIMIST el servicio que mayor cumplimiento tuvo durante los meses de octubre y noviembre fue laboratorio clínico con un 88%, el servicio que menos adherencia presento fue urgencias con 84% el hallazgo más relevante es la inadecuada segregación de residuos. Se evidencia igualmente listas de chequeo en Excel en el cual se relaciona el porcentaje de cumplimiento obtenido en cada una de las visitas.</p>
R 31	<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 líderes y equipo directivo, falta de articulación en los procesos y ausencia de orden jerárquico</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>Entregable: Circular de novedad</p>	<p>Mediante certificación de 3 de diciembre de 2025 firmada por la profesional de habilitación del área de calidad, se informa que durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 no se presentaron modificaciones en la designación de los líderes de servicio. En consecuencia, y dado a la continuidad en los cargos, no fue necesario emitir circular de novedad.</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 aperturar o se debe realizar ajustes de acuerdo a estándares de habilitación, esto se realizará vía correo electrónico.</p> <p>Entregable: Informe</p>	<p>Mediante certificación de 3 de diciembre de 2025 firmada por la profesional de habilitación del área de calidad, se informa que durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 no se presentaron solicitudes de novedades relacionadas con la apertura de servicios por parte de los líderes de servicio. En consecuencia, no fue necesario realizar trámites ni reportar novedades ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).</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 a través de reuniones con los líderes en el 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. Entregable: Plan de mejoramiento elaborado Pantallazo de correo de envío de plan de mejora a la es o ente de control</p>	<p>Se evidencia plan de mejoramiento producto de las auditorías realizadas en el mes de octubre de parte de la secretaría de Salud Municipal, referentes a la oportunidad y accesibilidad realizadas a los centros de salud: Comuneros, Rosario, Mutis, Bucaramanga, Concordia, Campohermoso, Toledo Plata, Mororico, HLN y UIMIST y la solicitud de plan de mejora respecto a oportunidad de pediatría y medicina general y agendas abiertas. Este plan de mejoramiento se acompaña de correo de envío del 1 de diciembre de 2025 en el cual se compila las respuestas ofrecidas a los hallazgos producto de las auditorías, las conclusiones y los compromisos institucionales.</p> <p>De igual manera, se evidencia plan de mejoramiento producto de la auditoría realizada por la EPS SANITAS en el cual se describe cada uno de los hallazgos y se propone las acciones de mejora. Acompaña este plan de mejoramiento un correo del 20 de octubre de 2025 en el cual se envía a la EPS SANITAS el plan de mejoramiento propuesto.</p>
R 32		<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 a través de matriz de seguimiento de planes de mejoramiento institucional. Si se evidencia en el seguimiento acciones atrasadas, se notificará a la dirección técnica y la subgerencia correspondiente. Entregable: Matriz de seguimiento plan de mejoramiento auditoría externa</p>	<p>Se evidencia informe de seguimiento de planes de mejoramiento de auditorías externas e internas, en los cuales la profesional de habilitación relaciona el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los planes concluyendo que durante el cuarto trimestre se alcanzó un cumplimiento del 98% de las acciones planificadas, lo que permitió avanzar de manera significativa en la ejecución de los compromisos institucionales y lograr el cierre y cumplimiento total (100%) de los planes de mejoramiento correspondientes a Auditoría Supersalud, Paciente Trazador y Vacunación–Control Interno. No obstante, se evidencia la existencia de retrasos en la ejecución de algunas acciones contempladas en los siguientes planes de mejoramiento: SANITAS EPS HOSPITALARIA, auditoría integral, Plan de mejoramiento SANITAS EPS-AMBULATORIA.</p> <p>El informe concluye que es necesario dar continuidad a la implementación de las acciones de mejoramiento, con el propósito de subsanar los hallazgos identificados, garantizar el cierre oportuno de las actividades pendientes y avanzar de manera sostenida en el fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, asegurando el cumplimiento de los estándares institucionales y la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos. De igual manera se evidencia matriz de seguimiento de todos los planes de mejoramiento vigentes.</p>
R 33	<p>Posibilidad de afectación reputacional, económica, administrativa, por sanción del ente de control, es, por incumplimiento en el reporte y/o cierre 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, cierre y envío de los indicadores de la Resolución 1552 de manera mensual. Evidencia: Certificaciones del cierre de informes de la Resolución 1552 a las EPS Coosalud, Nueva EPS y Sanitas.</p> <p>El técnico de indicadores realiza cierre trimestral de los indicadores 2193 y 256 Evidencia: Certificación de validación de la Resolución 0256 en la plataforma de PISIS</p>	<p>Se evidencia certificaciones del cierre de informes de la resolución 1552 a las plataformas de COOSALUD, EPS SANITAS y NUEVA EPS, correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025, cumpliendo con las fechas establecidas programadas por cada una de las EPS.</p> <p>Se evidencia pantallazos de cierre del informe de la resolución 256 al ministerio de salud nacional en la plataforma PISIS realizado en el mes de octubre de 2025, en cuenta al reporte y cierre del decreto 2193 en la página</p>

		y Decreto 2193 a través de plataforma SIHO.	del SIHO del ministerio de salud nacional, este no se presenta evidencia ya que se rinde el informe en el mes de enero de 2026 correspondiente al cuarto trimestre de 2025.
R 34	Posibilidad de afectación administrativa por uso de formatos y/o documentos desactualizados por falta de adherencia del personal a la pirámide documental institucional generando errores en decisiones, confusión, incumplimiento de normas	El Profesional de procesos de calidad realiza auditoría trimestral aplicando lista de chequeo al cumplimiento de la pirámide documental por parte de los líderes de los procesos Entregable: INFORME DE AUDITORIA	Mediante certificación de 9 de diciembre de 2025, el profesional de la oficina de calidad manifiesta que las actividades de auditoría programadas para el cuarto trimestre fueron realizadas y entregadas en el trimestre anterior, quedando concluidas en el mes de septiembre, por lo cual no se generaron nuevas evidencias durante los meses mencionados.

3. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIOS

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgos Operacionales: Riesgos 35

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 (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 35	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.	<p>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.</p> <p>Entregable: Excel agenda de especialistas disponibles</p> <p>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 presentarán resultados de la oportunidad a la directora de las unidades hospitalarias mediante correo electrónico con periodicidad trimestral</p> <p>Entregable: Informe de resultado y envío de informe por correo electrónico a la directora de unidades hospitalarias</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel denominado "Horarios especialistas" en el cual se puede evidenciar el listado de especialistas, por especialidad, los horarios de atención durante las semanas y las horas correspondientes a los meses de octubre y noviembre de 2025. Esto le permite a la jefe de consulta externa manejar los horarios y las disponibilidades de cada médico para la programación de citas.</p> <p>Se evidencia archivo en Word denominado "Informe riesgo operacional" correspondiente a los meses de octubre y noviembre del 2025 en el cual la jefe de consulta externa especializada realiza medición de la oportunidad en las consultas de especialidades en la cual refiere que cirugía general se encuentra en 4 días, pediatría a 4 días, medicina interna 8 días, obstetricia a 4 días, ginecología a 11 y días, ortopedia a 4 días. El informe precisa que durante los meses de octubre y noviembre de 2025, las especialidades de Cirugía General, Pediatría, Obstetricia y Ortopedia mantienen una oportunidad promedio cercana a los 4 días, cumpliendo con el estándar institucional y demostrando una gestión eficiente de agendas y disponibilidad profesional. Ginecología muestra la situación más crítica, con oportunidades cercanas a los 12 días, lo que indica limitaciones en capacidad instalada y dificultades asociadas a disponibilidad del personal especialista. Las variaciones en el número de citas entre los meses analizados reflejan comportamientos diferentes en la demanda, siendo necesario continuar evaluando la tendencia para anticipar posibles sobrecargas en los servicios. En conjunto, se evidencia que, aunque la mayoría de las especialidades cumple con la oportunidad establecida, existen áreas que requieren fortalecimiento, especialmente aquellas con mayor demanda y menor disponibilidad profesional.</p>

4. RIESGOS GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Este proceso tiene priorizado dos (02) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 36 y 37

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 (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 36	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 SG-SST	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).	Esta actividad se cumplió en el primer trimestre de 2025. Sin embargo, se evidencia Excel en el cual se relacionan las actividades y se lleva el control de cumplimiento de las actividades propuestas de manera compilada.
		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.	Se evidencia informe ejecutivo del porcentaje de cumplimiento de las actividades establecidas en el plan de trabajo anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente para el año 2025, encontrando que para los meses de octubre y noviembre de 2025, en el plan de trabajo anual 2025, para lo trascurrido del año se relacionan 310 actividades planeadas de las cuales se ejecutaron un total de 261 actividades, dando un cumplimiento del 84,4%. Con esto se está cumpliendo la meta la cual está establecida para el año 2025 fue de 80%.
R 37	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.	Por medio de certificación del 5 de diciembre de 2025 el profesional universitario de Talento Humano manifiesta que revisados los archivos institucionales se evidencia que, en el periodo de septiembre a noviembre, no se han presentado desvinculaciones razón por la cual no hay presentación del documento GTH-F-003 Entrega del cargo

5. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 38

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 (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 38	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 registra diariamente las pqr presentadas por los diferentes medios: buzones, redes sociales, página web en el módulo de panacea de pqr con el fin que los responsables de la queja realicen el respectivo análisis y le den respuesta de fondo en el tiempo estipulado por la norma. SOPORTE: MATRIZ DE EXCEL MODULO PANACEA	<p>Se evidencia matriz de Excel correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025 en el cual se relaciona las PQRS recibidas y su respectiva trazabilidad para su respuesta oportuna. Esta información se recopila según los reportes de PANACEA. De igual manera de la relación aporta se evidencia que las PQR se encuentran en estado CERRADO en los dos meses analizados.</p> <p>Comentario de control interno: Las evidencias fueron entregadas incompletas y extemporáneas, a pesar de que el líder asistió al monitoreo con la oficina de Planeación y recibió el oficio de solicitud de evidencias por parte de esta oficina de control interno.</p>
		El profesional de atención al usuario realiza seguimiento al cumplimiento de la respuesta en el tiempo estipulado por la norma a través del módulo de pqrs y generando el cierre efectivo de la pqrs, de este seguimiento se genera un informe trimestral de pqrs. SOPORTE: MATRIZ DE EXCEL CON CIERRE DE LAS PQRS INFORME DE PQRS TRIMESTRAL	<p>Se evidencia matriz de Excel correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025 en el cual se relaciona las PQRS recibidas y su respectiva trazabilidad para su respuesta oportuna. Esta información se recopila según los reportes de PANACEA. De igual manera de la relación aporta se evidencia que las PQR se encuentran en estado CERRADO en los dos meses analizados. Pese a esto, no se incluyó dentro de las evidencias el informe de PQRS de los meses evaluados, además de haberse entregado las evidencias de manera extemporánea, a pesar de que el profesional de atención al usuario asistió al monitoreo realizado por Planeación y de haber recibido el oficio de solicitud de evidencias por parte de esta oficina de control interno.</p> <p>Comentario de control interno: Las evidencias fueron entregadas incompletas y extemporáneas, a pesar de que el líder asistió al monitoreo con la oficina de Planeación y recibió el oficio de solicitud de evidencias por parte de esta oficina de control interno.</p>

Comentario de control interno: Las evidencias fueron entregadas incompletas y extemporáneas, a pesar de que el líder asistió al monitoreo con la oficina de Planeación y recibió el oficio de solicitud de evidencias por parte de esta oficina de control interno. No cumplió con la fecha de entrega ni con los entregables.

6. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 39

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 (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 39	<p>Posibilidad de afectación de imagen reputacional, incumplimiento normativo y/o sanciones y pérdida económica por incumplimiento del PROCEDIMIENTO DE CADENA DE CUSTODIA LEGAL CÓDIGO: Urg-p-003 por falta de adherencia del personal al procedimiento de cadena de custodia produciendo afectación en el debido proceso judicial del usuario.</p>	<p>El líder de enfermería de urgencias verificará 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 tomará acciones permanentes frente a las desviaciones encontradas en el procedimiento cadena de custodia, enviando notificación mediante correo electrónico al responsable (jefe enfermero profesional) solicitando corrección de los datos del o el paciente.</p>	<p>La líder de enfermería de urgencias en informe manifestó durante los meses de octubre y noviembre de 2025, el servicio de urgencias del Hospital Local del Norte no se presentaron casos nuevos relacionadas con el riesgo identificado por el incumplimiento del Procedimiento de Cadena de Custodia Legal – Código URG-P-003. A pesar de la ausencia de casos, se mantuvo de manera estricta el monitoreo permanente del riesgo operacional asociado al incumplimiento del procedimiento URG-P-003, garantizando que el personal asistencial conservara la disponibilidad, conocimientos y herramientas requeridas para la atención de situaciones de violencia sexual que implicaran recolección, manejo y rotulación de elementos materiales probatorios.</p> <p>La verificación institucional mediante listas de chequeo continúa siendo un mecanismo eficaz para asegurar la adherencia del personal, incluso en períodos sin activación del procedimiento. Durante las supervisiones realizadas, se evidenció que el equipo mantiene la competencia técnica y el dominio del procedimiento, teniendo claridad sobre los pasos, responsabilidades y documentación requerida.</p>

7. RIESGOS GESTIÓN DE INTERNACIÓN

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 40

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 (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 40	<p>Posibilidad de afectación por perdida económica y administrativa por omisión de los auxiliares de enfermería al no realizar suministro de medicamentos ordenados por el médico en el sistema panacea, generando demora en las salidas de los pacientes.</p>	<p>El líder de enfermería de internación realizará dos auditorías en el mes al suministro de medicamentos realizada por los auxiliares de enfermería en el sistema panacea, con el objetivo de identificar la omisión causada por estos, evidenciado mediante informe.</p>	<p>Se evidencia documento denominado "Auditoria al adecuado suministro de medicamentos en el servicio de internación del HLN" en el cual describe que se realizaron las auditorias correspondientes a los meses de octubre y noviembre, donde se realiza la verificación de los pacientes hospitalizados al momento de la auditoria, actividad que realiza la jefe líder del servicio. Las auditorias se realizan dos veces al mes aleatoriamente con 40 pacientes hospitalizados en el servicio de hospitalización buscando en el servidor de panacea, sistema en donde podemos encontrar todas las evoluciones de cada uno de los pacientes, se realiza la búsqueda uno a uno de los pacientes seleccionados verificando el suministro de medicamentos. En las auditorias realizadas en el mes de octubre se encontró que 9 pacientes de los auditados contaban con medicamentos no suministrados en el sistema y no se encontraban en el carro de medicamentos como sobrantes, es decir que el medicamento si fue administrado al paciente, pero olvidaron realizar el proceso en sistema de suministrar dicho medicamento, encontrando un 22,5% de incumplimiento en el indicador para el mes mencionado. En el mes de noviembre realizada dicha auditoría se encontró un 15% de incumplimiento en el suministro de medicamentos en sistema por parte de los auxiliares, evidenciándose una disminución en el indicador, pero aun así encontrando falencias en el personal. El informe concluye que, con las auditorias realizadas, se evidencia que, así como ha venido disminuyendo el número de pacientes pendientes por suministrar los medicamentos por parte de los auxiliares, aún se encuentran pendientes, se ha venido reforzando día a día el suministro adecuado y además la devolución de medicamentos sobrantes de cada uno de los pacientes buscando disminuir el costo por paciente en la estancia hospitalaria.</p>

8. RIESGOS GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 41

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 (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 41	Pérdida económica por falta de captación y seguimiento al usuario con orden de procedimiento quirúrgico ocasionando disminución de la productividad en el servicio de cirugía	La jefe líder del proceso cirugía realiza seguimiento semanal telefónico mediante el diligenciamiento del drive de paciente con orden de procedimiento quirúrgico con la finalidad de captar los pacientes con orden y /o pendiente valoración de anestesia para la agilización en el proceso de programación quirúrgica.	Se evidencia Excel en el cual se realiza el contacto telefónico con los pacientes que tienen asignación de fecha de procedimiento posterior a la valoración anestésica, con el fin de confirmar la fecha, lo cual dependerá de la disponibilidad de agenda médica y quirófanos o conocer las razones del desistimiento del procedimiento. Los resultados de ese contacto telefónico se dejan consignados en el Excel lo cual sirve de insumo para la programación quirúrgica. Se resalta en el informe que se han presentado limitaciones contractuales con las EPS con algunas generando un aumento desistimiento de los pacientes, así mismo el cobro de copagos o cuotas moderadoras en una población vulnerable lo que genera dificultades para la programación quirúrgica.
		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	Se evidencia informe de gestión de riesgos operacionales en el cual se concluye que durante los meses de octubre y noviembre de 2025, se identificaron 263 pacientes con órdenes de procedimiento quirúrgico. Se contactó telefónicamente a estos pacientes para ofrecerles una fecha de cirugía; sin embargo, 63 pacientes desistieron del procedimiento por diversas razones, como la falta de disponibilidad de tiempo. El análisis de esta cifra revela que el 23.9% de los pacientes con orden quirúrgica optó por no continuar con el procedimiento, impactando directamente el cumplimiento del indicador de gestión.

9. RIESGOS GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO

Este proceso tiene priorizados un (01) riesgo.

Riesgos Operacionales: Riesgo 43

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 (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
RO 43	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	Se evidencia acta de 10/10/2025 en la cual se realiza inducción al profesional de fisioterapia. La inducción se basó en ingreso al Sistema de información PANACEA módulo Historias Clínica, registro correcto de las terapias realizadas en el sistema de información institucional, reporte de la información del decreto 2193 de 2004 y reporte en los Drive. De igual manera, se evidencia acta de 4/11/2025 en la cual se realiza inducción a otro profesional de fisioterapia, a quien se le realizó inducción en los mismos temas antes anotados. Se evidencia certificación de la líder de fisioterapia en la cual se corrobora la situación citada. Durante el periodo evaluado se realizaron dos (2) inducciones en el área de fisioterapia.
		El líder del proceso de apoyo terapéutico identifica las brechas existentes de lo reportado por el profesional de terapias en el Drive (archivo Excel terapias) verificando información con el sistema de panacea mensualmente, si se identifican inconsistencias se le informa al profesional de terapias a través de correo electrónico para que realice los ajustes necesarios con el fin de garantizar la calidad del dato y facturación. Se evidenciará mediante informe trimestral. Entregable: Informe trimestral	Se evidencia informe de los meses de octubre y noviembre de 2025, en el cual La líder del proceso realiza una revisión periódica con el objetivo de verificar, mediante el sistema Panacea, que los registros diarios ejecutados por los terapeutas en el DRIVE de terapias hospitalarias y ambulatorias estén correctamente evolucionados y registrados en el sistema. Durante el mes de octubre, se identificaron 40 inconsistencias, mientras que en noviembre el número de inconsistencias aumentó a 47, se detectaron nuevas diferencias, las cuales fueron corregidas de inmediato. Se continúa con la retroalimentación en los grupos primarios de trabajo con los profesionales de terapia y fonoaudiología, donde se socializan los resultados de la revisión. En estas sesiones se hace especial énfasis en la importancia de revisar y verificar los registros de manera diaria, con el fin de asegurar que todas las actividades realizadas por cada profesional sean adecuadamente reflejadas en el sistema y que los datos proporcionados en los informes sean precisos y correctos.

10. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA- ODONTOLOGÍA

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 44

10.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA- ODONTOLOGÍA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
RO 44	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 para Estudios Radiológicos Periapicales Código: Ray - F-033 de manera diaria a todos los usuarios que requieran toma de RX odontológico, llenando en el formato de control el registro de este. Entregable: Formato de registro de consentimiento informado para estudios radiológicos periapicales Código: Ray - F-033 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 cuatro (4) centros de salud donde se presta el servicio, ellos son: centro de salud Café Madrid, centro de salud Girardot, centro de salud Mutis y centro de salud Rosario. Esta información se recopila en un informe del 1 de octubre al 30 de noviembre de 2025, en el cual se concluye que no se presenta desviación en el indicador, el número de consentimientos informados diligenciados los meses de octubre y noviembre 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 (Café Madrid, Mutis, Rosario y Girardot).
		La Coordinación de odontología realizará control mensual del diligenciamiento de los consentimientos informados, mediante el formato de Control de Toma y Estimación de Dosis Pacientes Área de Odontología código Ray-f-017, que permite identificar el profesional que incumpla y levantar la acción de mejora personalizada. Entregable: formato de Control de Toma y Estimación de Dosis Pacientes Área de Odontología código Ray-f-017	Se evidencian archivos de Excel en los cuales 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 diariamente por centro salud (Café Madrid, Girardot, Mutis y Rosario) y se compila de manera mensual.

11. RIESGOS GESTIÓN SALUD PÚBLICA

Este proceso tiene priorizados seis (6) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 45,46,47,48,49 y 50

11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 45	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	el auxiliar de enfermería del área de vigilancia verifica semanal y mensualmente los diagnósticos que generan los RIPS con lo reportado en el sistema de vigilancia epidemiológica, en caso de no hacer reporte por el médico responsable del reporte se notifica de manera inmediata se notifica a la jefe del centro de salud para realizar la respectiva notificación al sistema de vigilancia epidemiológica, de lo cual se entregara un informe de forme semanal y mensual.	<p>Los casos que cumplen con los criterios de notificación como evento de interés en salud pública, el médico debe informar de manera inmediata a la enfermera del centro de salud o a la unidad operativa correspondiente. Con esta notificación se activa el proceso interno de alerta, permitiendo al área de Salud Pública iniciar oportunamente el registro del caso en el sistema SIVIGILA.</p> <p>De forma paralela, el equipo realiza el seguimiento mediante la Búsqueda Activa Institucional (BAI) en el sistema Panacea, revisando diariamente las consultas generadas por medicina general, los diagnósticos registrados y la verificación del cumplimiento de los criterios de notificación. Una vez el caso es confirmado, se gestiona la solicitud y el diligenciamiento de la ficha epidemiológica, asegurando la consolidación completa del reporte oficial.</p> <p>Es importante destacar que, a la fecha, se ha alcanzado el 100% de registro de los 2.484 eventos notificados en SIVIGILA, garantizando oportunidad, trazabilidad y calidad en el proceso de vigilancia en salud pública.</p>
R 46	Posibilidad de afectación reputacional, administrativa y en salud del paciente, por falta de adherencia al protocolo de sífilis gestacional y congénita por parte del personal de salud y no adherencia al tratamiento por parte de la gestante, debido al no tamizaje con pruebas rápidas al ingreso del control prenatal por parte del personal de salud.	<p>La líder de la ruta materno perinatal realiza revisión a gestión de riesgos de ingresos diario a control prenatal con su respectiva tamización para sífilis con prueba rápida utilizando herramienta software Panacea (reporteador) con posterior envío mediante correo electrónico de las gestantes no tamizadas a directoras técnicas y jefes de centros de salud con el fin de tomar acciones inmediatas.</p> <p>Entregable: Correo electrónico a las directoras técnicas y jefes de centros de salud con el fin de realizar tamizaje a las gestantes que ingresan a control prenatal</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel denominado "Cohorte de Sífilis Gestacional 2025" en el cual se identifican de manera diaria los ingresos con pruebas rápidas positivas para SIFILIS, en este archivo se evidencia el seguimiento al tratamiento de la paciente gestante y la pareja. Cuando se identifican desviaciones se realiza seguimiento telefónico para identificar motivos de inasistencia e identificar las razones por las cuales no continua con el tratamiento para tomar las medidas pertinentes. El cuadro se encuentra diligenciado con la información compilada del 2025 hasta el mes de noviembre de 2025.</p>

		<p>La líder de la ruta materno perinatal realiza seguimiento a gestante desde el diagnóstico de sífilis gestacional hasta la finalización de tratamiento de forma adecuada mediante herramienta base de datos de Excel alimentado por los resultados alterados reportados por laboratorio de manera inmediata, este seguimiento se realiza según los casos confirmados con el diagnóstico. Entregable: Cohorte de sífilis de manera mensual</p>	<p>Se evidencia informe denominado "Seguimiento a sífilis gestacional" en el cual se evidencian capturas de pantallas en los que la líder de maternidad segura levanta las alertas sobre incumplimientos en las tamizaciones o gestantes inasistentes con el fin de que las jefes de zona informen a los centros de salud a su cargo para captar la paciente y tomar las pruebas rápidas si es necesario. En el informe se concluye que el seguimiento oportuno a las gestantes con sífilis permite detectar casos activos, garantizar el tratamiento adecuado y prevenir la transmisión vertical al recién nacido, de igual manera se evidencia que la adherencia al tratamiento y el control del compañero sexual son factores determinantes para el éxito terapéutico y la interrupción de la cadena de transmisión, las demoras en el diagnóstico, la falta de seguimiento posterior al tratamiento y la ausencia de control serológico aumentan el riesgo de sífilis congénita, la articulación entre los niveles de atención, el personal de salud y los programas de vigilancia es esencial para asegurar la continuidad del cuidado materno y perinatal, garantizar el tamizaje universal y repetido durante el embarazo (en la primera consulta, en el tercer trimestre y al momento del parto), fortalecer el seguimiento clínico y serológico de las gestantes tratadas, asegurando la verificación de títulos no treponémicos hasta confirmar la curación, coordinar con los equipos de salud pública la búsqueda activa de gestantes inasistentes o con tratamiento incompleto, son factores determinantes.</p>
R 47	<p>Posibilidad de afectación administrativa y en salud del paciente por el no cumplimiento del programa de Riesgo Cardiovascular, por falta de adherencia a los lineamientos establecidos en el programa de manejo de enfermedades cardiovasculares en base a la Guía de Práctica Clínica (GPC) de hipertensión arterial por parte del personal de salud.</p>	<p>La líder de la ruta cardio metabólica genera una base de datos de gestión del riesgo descargada del sistema de Panacea, de manera trimestral, con el fin de hacer demanda inducida y garantizar la toma de los laboratorios ordenados. Entregable: Base de Gestión del Riesgo de la toma de los laboratorios con seguimiento trimestral.</p>	<p>Se evidencia cuadro en Excel denominado "formato gestión del riesgo 2025" correspondiente a las diferentes EPS 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. Adicionalmente se cuenta con base de datos de usuario priorizados por NUEVA EPS para realizar las mismas actividades (toma de laboratorios) la cual también se encuentra dividida por centros de salud y se comparte la misma información. Con el diligenciamiento de la base de datos se garantiza la toma de laboratorios ordenados.</p>
		<p>La líder de la ruta cardio metabólica actualiza de forma mensual la base de datos cohorte alimentada desde las consultas y laboratorios que genera el reporteador PANACEA. Entregable: cohorte de la base de riesgos del programa de Riesgo Cardiovascular.</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel en el cual se relaciona la cohorte del programa de riesgo cardio vascular, relacionándose fechas de ingreso, EPS, adherencia, control de pacientes, laboratorios, patologías, fechas de últimas y próximas consultas y en general toda la información necesaria para el manejo de programa. Se descarga de manera mensual de PANACEA con el fin de generar la base de gestión de riesgos de usuario inasistentes y/o con laboratorios desactualizados. Esta actividad permite identificar diferentes factores que impidan el cumplimiento del programa. El archivo se encuentra diligenciado hasta el mes de noviembre de 2025. Con el fin de cumplir con el plan de acción se evidencia acta de capacitación Día Mundial de la Diabetes, en la cual se compila la jornada de fortalecimiento al talento humano médico de la E.S.E ISABU en el manejo, conciencia, tratamiento y control de la diabetes.</p>
R 48	<p>Posibilidad de afectación reputacional y administrativas por Incumplimiento a la implementación de la política IAMII institucional debido a la desactualización y falta de adherencia por parte de los funcionarios de la E.S.E ISAB</p>	<p>La líder de salud infantil asesorará a los líderes encargados de cada centro de salud y unidades hospitalarias al debido diligenciamiento de manera semestral del formato de autoapreciación de la política IAMII. Entregable: Formato de autoapreciación</p>	<p>Se evidencia cumplimiento del cronograma de autoapreciación correspondiente al segundo semestre de 2025, encontrándose los formatos de autoapreciación por los 22 centros de salud y las dos unidades hospitalarias, esto diligenciado en los meses de octubre y noviembre de 2025.</p>

		<p>La líder de salud infantil realizará seguimiento trimestral al plan de mejora derivado de la aplicación de la autoapreciación registrado en el formato de seguimiento, los avances se socializarán en el comité IAMII. Entregable: Matriz de seguimiento y acta de comité IAMII.</p>	<p>Se evidencia formato de seguimiento al plan de mejoramiento V4 IAMII 2025, en el cual se consigna hasta el tercer seguimiento del plan de mejoramiento. En el tercer seguimiento se identifican cuatro de cinco actividades cumplidas y una en desarrollo, sin embargo, la actividad pendiente por cumplir se encuentra dentro de las fechas establecidas para su cumplimiento. El balance de cumplimiento del plan de mejoramiento es positivo. El Comité IAMII se encontraba programado para el mes de noviembre, sin embargo, se modificó su fecha para el 16/12/2025.</p>
R 49		<p>La auxiliar de apoyo de vacunación realiza entrega de los insumos PAI a los diferentes centros de salud utilizando el aplicativo paí web según necesidad, evidenciando cantidad y tipo de vacunas entregadas en los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias.</p>	<p>Con el fin de cumplir con la ejecución del control se evidencia documentos en archivo Excel denominado "Aprobación Pedido territorial" correspondiente a los meses de octubre y noviembre en los cuales se evidencia la entrega por mes que se realiza de los insumos de vacunación que incluyen biológicos, jeringas y papelería, correspondiente a los diferentes centros de salud de la ESE ISABU.</p>
		<p>La Coordinadora del PAI realiza auditoría a los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias según cronograma, verificando el control de la cadena de frío, dejando como evidencia un informe de análisis de los resultados y compromisos.</p>	<p>Con el fin de cumplir con el plan de acción, el coordinador del PAI realiza la entrega de un acta de socialización en los cuales se trató temas de circular de alerta de fiebre amarilla - Lineamientos JNV octubre 2025 - plan de contingencia red de frío ESE ISABU 2025, dirigida al personal vacunador de los diferentes centros de salud y/o unidades hospitalarias de la ESE ISABU. Esta socialización se llevó a cabo el 24/10/2025.</p>
R 50		<p>La coordinadora de promoción y prevención realiza matriz de cumplimiento con las actividades de ruta de promoción y mantenimiento de salud a ejecutar en el año, con el fin de captar usuarios por curso de vida, socializando la matriz de cumplimiento de vida a las líderes de los centros de salud. Entregable: matriz de cumplimiento y socialización líderes de los centros de salud.</p>	<p>Se evidencia actas de visitas de visita de verificación de los componentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por parte del equipo de vacunación de los diferentes centros de salud de la ESE ISABU. En el mes de octubre se realizaron tres (3) visitas, una en la central PAI UIMIT, otra en el centro de salud campo hermoso y en el centro de salud Gaitán, en el mes de noviembre se realizaron visitas al centro de salud Bucaramanga, La Libertad, Mutis y Toledo Plata.</p>
		<p>La coordinadora de promoción y prevención realizará seguimiento a las actividades realizadas mensualmente por RIPS y por EPS al cumplimiento de las actividades programadas en la matriz de cumplimiento. Entregable: Matriz de seguimiento</p>	<p>Se evidencia documento en Excel denominado "Tablero control centro de salud 2025" diligenciado con los meses de octubre y noviembre de 2025, en el cual se relacionan los cumplimientos mensuales por centros de salud, el cual fungue como control de las actividades de cada uno de los centros de salud, siendo socializado a las líderes semanalmente permitiendo su visualización por los interesados para conocer metas y determinar acciones tempranas para cumplimientos.</p> <p>De igual manera se evidencia matriz de programación por EPS en la cual se encuentran todas las actividades programadas para la ESE ISABU y su respectivo seguimiento diligenciado con los meses de octubre y noviembre de 2025.</p> <p>En un documento anexo la coordinadora de promoción y prevención realiza un consolidado de resultados para los meses de octubre y noviembre de 2025, en el cual se identificó: COOSALUD con un cumplimiento 48%, NUEVA EPS un cumplimiento de 32% y SANITAS un 32%. Este seguimiento arroja que: "El cumplimiento parcial es bajo considerando que ya han transcurrido dos meses del trimestre. Se espera un aumento significativo en diciembre para acercarse a las metas trimestrales".</p>

12. RIESGOS GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

Este proceso tiene priorizados cinco (5) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 42, 51,52,53 y 54

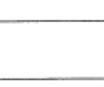
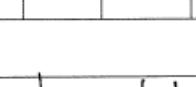
12.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 42	Posibilidad de 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 las farmacias de los centros de salud por fallas de los proveedores en tiempos de entrega, cantidades, agotados, desabastecidos y/o descontinuados	El apoyo profesional de almacén realiza control mensual de existencias de inventarios utilizando la plataforma tecnológica PANACEA y estos se registra en el formato seguimiento proyección de pedidos FAR-F-045 con el fin de reportar la necesidad de compra a los proveedores asignados y al almacenista general.	Se evidencia formato de seguimiento de inventario y proyección de pedido código FAR- F-045 en el cual se relaciona los medicamentos objeto de contrato, según variables aplicadas. Del formato se determina la necesidad o no de realizar el pedido según las existencias y los históricos del mes anterior, este formato se encuentra diligenciado hasta el mes de noviembre de 2025.
		El apoyo profesional de almacén verificará 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 vía correo electrónico, para la toma de decisiones y viabilidad de segundas opciones dentro del listado institucional de medicamentos	Se evidencia informe de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos recibidos frente a lo solicitado. En el informe se determina que se realizó durante el periodo Octubre y noviembre 2025 seguimiento, control y verificación con efectividad en identificar la disponibilidad en los medicamentos e insumos médicos quirúrgicos en existencias con control en los inventarios, conteos aleatorios y así solicitar a los proveedores las cantidades necesarias para un óptimo aprovisionamiento y de esta manera evitar agotados supliendo las solicitudes y necesidades de las farmacias y usuarios. El informe concluye que el análisis comparativo entre los pedidos realizados y la llegada efectiva de medicamentos e insumos médicos demuestra que existen variaciones significativas en tiempos de entrega y cantidades recibidas. Aunque la mayoría de los medicamentos e insumos llegaron dentro de los plazos establecidos, se identificaron retrasos recurrentes en productos de alta rotación y en insumos críticos, lo que genera riesgos para la continuidad del servicio asistencial. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la comunicación con los proveedores, mejorar la planificación de inventarios (tener más días de inventario) y establecer mecanismos de seguimiento más estrictos para garantizar una disponibilidad oportuna. Implementar estas acciones permitirá reducir faltantes, optimizar la gestión de compras y asegurar una atención segura y de calidad para los pacientes.
R 51	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 reprociso en la entrega de	El Almacenista General realizará auditoria aleatoria mensual al personal de apoyo del área de consumo de almacén general con el objetivo de verificar el cumplimiento de cantidades solicitadas Vs cantidades a entregar de acuerdo a existencia en bodegas. Entregable: informe.	Se evidencian actas de reunión en la cual el almacenista general realiza auditoria aleatoria de las solicitudes y despachos de los pedidos que llegan al almacén general tomando una muestra de dos (2) pedidos correspondientes a los meses de octubre (8/10/2025) y noviembre (22/11/2025). En las auditorias se detecta que las hojas de despacho se encuentran con las firmas de los responsables, sin que se realicen anotaciones de desviaciones identificadas.

	insumos solicitados por las diferentes dependencias de la institución.	<p>El personal de apoyo al almacén realizará auditorias mensuales de acuerdo a cronograma establecido a los centros de salud priorizados, lo anterior se ejecutará por medio de comparativo entre el inventario del sistema de información vs inventario en físico.</p> <p>Entregable: informe.</p>	<p>Se evidencian actas de auditoria aleatoria realizadas a los centros de salud mutis, pablo VI, Kennedy y Villa Rosa en el cual se realiza un comparativo entre las existencias físicas vs PANACEA evidenciando que en las auditorias realizadas no se encontraron faltantes ni sobrantes, cumpliendo con lo establecido en el cronograma previamente establecido. De las actas se evidencian que no se registran faltantes.</p>
R 52	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	<p>La profesional de inventarios realizará asignación de inventario cada vez que ingrese personal a la institución, evidenciándose por medio de formato ALM-F-038 FORMATO ASIGNACIÓN DE ACTIVOS, el cuál debe estar firmado por el jefe inmediato.</p> <p>Entregable: ALM-F-038 FORMATO ASIGNACIÓN DE ACTIVOS diligenciado</p>	<p>Se evidencia formatos INV-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 a los meses de octubre y noviembre de 2025, aclara la almacenista general que solo se trata de una muestra del total de los formatos diligenciados.</p> <p>Comentario oficina de control interno: Se evidencia que los formatos no se encuentran diligenciados en su totalidad, situaciones evidenciadas en la parte inferior izquierda.</p>
		<p>El Almacenista General o profesional de inventarios 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 acta de inventarios aleatorios de activos fijos en los centros de salud Mutis, Pablo VI, Kennedy y Villa Rosa, evidenciando que los activos fijos se encuentran en la ubicación correcta. En algunas actas se deja la recomendación de informar al área encargada siempre que se deseé realizar algún movimiento en los inventarios. Se evidencia cumplimiento del cronograma establecido.</p>
R 53	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>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>Entregable: Plan de Mantenimiento Hospitalario.</p>	<p>Esta actividad se cumplió en el primer trimestre de 2025.</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 si se evidencian desviaciones se notificará al almacenista general mediante correo electrónico.</p> <p>Entregable: Informe trimestral.</p>	<p>Se evidencia informe denominado "Informe de ejecución de actividades de mantenimiento programadas" sin embargo se identifica que el informe no corresponde al periodo que se está evaluando, es decir octubre y noviembre de 2025. Aunado a lo anterior, a lo largo del documento se puede leer que se trata del informe correspondiente al III trimestre y en las recomendaciones y conclusiones se menciona que se trata del informe del segundo trimestre.</p> <p>Comentario oficina de control interno: No se entregó la evidencia correspondiente al periodo entregado (octubre y noviembre de 2025). Adicionalmente no se hace uso de los formatos institucionales, los informes se continúan diligenciando en el formato de comunicaciones. Se desconocen los formatos institucionales.</p>
R 54	Posibilidad de pérdida económica, sanción del ente de control y sobrecostos por daño en la infraestructura debido al incumplimiento del cronograma de	<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>Entregable: plan de mantenimiento a la infraestructura</p>	<p>Este control se ejecutó en el primer trimestre de 2025.</p>

	<p>mantenimiento preventivo o incumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la habilitación de la ESE ISABU.</p>	<p>El coordinador de mantenimiento de la infraestructura realizará seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a la infraestructura cumpliendo con la normatividad vigente en cuanto a la habilitación, si se evidencian desviaciones se notificará al almacenista general mediante correo electrónico. Entregable: Informe trimestral.</p>	<p>Se evidencia informe denominado "Planeación y ejecución de actividades de mantenimiento programadas" destacando que para el periodo evaluado en lo correspondiente a Mantenimientos preventivos y correctivos de obra eléctrica se tiene un cumplimiento de 70%, en mantenimiento preventivo y correctivo de obra eléctrica 77%, en mantenimiento preventivo y correctivo de obra civil 69%. En el informe se concluye que para el periodo octubre-noviembre de 2025, se tiene un avance significativo en los mantenimientos preventivos programados y se espera un cumplimiento del 100% una vez terminada la vigencia.</p>
--	--	--	---

Comentario oficina de control interno riesgo 52: Se evidencia que los formatos no se encuentran diligenciados en su totalidad, situaciones evidenciadas en la parte inferior izquierda.

 ISABU e.s.ei INSTITUTO SALUD DE CATAMARCA		FORMATO DE ASIGNACION DE ACTIVOS					FECHA DE ELABORACION: 13-12-2023			
		CODIGO : IMV-F-038					FECHA DE ACTUALIZACION 25-09-2024			
		VERSION: 2					PAGINA: 1- 1			
							REALIZADO POR : PROFESIONAL DE ARCHIVO			
UNIDAD OPERATIVA		COMUNEROS								
JEFE INMEDIATO/ JEFE DE CENTRO DE SALUD		LINA PLATA								
FUNCIONARIO RESPONSABLE		LINA PLATA								
DEPENDENCIA		ENFERMERIA					FECHA DE ALMACENACION DEL ACTIVO: 01/10/2023			
ITEM	DESCRIPCION - ACTIVO	PLACA INVENTARIO	SERIAL	MARCA	MODELO	ESTADO		OBSERVACIONES		
						N	B	R	M	
1	FONENDOSCOPIO	ISABU-02300-1		LITTMANN	CLASSIC III	X				
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
 ALMACENISTA				 Firma FUNCIONARIO RESPONSABLE						
C.C 63.328.947				C.C						
C.C. 1.098.730.968										
FECHA ACTUALIZACION CNT NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ACTUALIZA CNT										

Comentario oficina de control interno Riesgo 53: No se entregó la evidencia correspondiente al periodo entregado (octubre y noviembre de 2025). Adicionalmente no se hace uso de los formatos institucionales, los informes se continúan diligenciando en el formato de comunicaciones. Se desconocen los formatos institucionales.

3100-39.01

1. INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PROGRAMADAS

2. PERIODO DEL INFORME: JULIO – SEPTIEMBRE 2025

3. PROCESO, AREA O SERVICIO

Recursos físicos – mantenimiento de equipos biomédicos, equipos hospitalarios, ascensores y parque automotor

4. REPOSABLE

Ingeniera Biomédica

5. OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este macro proceso es garantizar la disponibilidad de los recursos físicos para la prestación de servicios. Para ello, durante este periodo de julio - septiembre de 2025, se planificó, ejecutó y realizó seguimiento al plan de mantenimiento de equipos biomédicos, equipos hospitalarios, ascensores y parque automotor como se describe a continuación:

6. DESARROLLO DEL INFORME

1. MANTENIMIENTO EQUIPOS BIOMEDICOS.

Diseñar un cronograma de los mantenimientos a los equipos biomédicos y equipos industriales de uso Hospitalario de la E.S.E ISABU.

13. RIESGOS GESTIÓN DE LAS TICS

Este proceso tiene priorizados cinco (5) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 55,56,57,58 y 59

13.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 55	Afectación administrativa por no publicación de información solicitada por los líderes de los diferentes procesos presentando incumplimiento en publicación de la página web institucional generando desinformación en los grupos de valor	<p>El profesional de sistemas deberá verificar dentro de los horarios establecidos por el área administrativa las solicitudes de cague de información en la página institucional recibidas del correo electrónico u oficio con adjunto formato solicitudes de cague de información en página institucional y proceder a llevar un control mensual de las mismas a través del formato lista de publicaciones en página WEB, código SIS-F-034 y se presentará de forma trimestral al jefe Oficina Gestión TIC.</p> <p>El jefe Oficina Gestión TIC verificará de manera mensual el seguimiento realizado por el profesional de profesional de sistemas a través del formato lista de publicaciones en página WEB, código SIS-F-034, dando su aprobación y firma.</p>	<p>Se evidencian formatos denominado "Lista de Publicaciones en página web" código SIS-F-034 correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025 en el cual la profesional de sistemas relaciona las solicitudes de publicación en página web, señalando fecha de recibido, tema, responsable, nombre del archivo, medio de solicitud y en general información que le ayuda a evidenciar el cague de la información. Se concluye del análisis de los formatos que para el mes de octubre se recibieron 20 solicitudes de publicación y para el mes de noviembre 16 solicitudes.</p> <p>Se evidencian formatos de "Lista de Publicaciones en página web" con código SIS-F-034 con la firma y visto bueno del profesional especializado de las TICS y la subgerente administrativa en la cual se ha verificado que todas las publicaciones del trimestre evaluado se realizaron efectivamente en la página web.</p>
R 56	Posibilidad de Pérdida de confidencialidad, Integridad, disponibilidad de la información, así como económico, fiscal o penal debido a un ciberataque 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). Entregable:</p> <p>1. Un informe del estado inicial de políticas y reglas de seguridad configuradas en los dispositivos firewall y antivirus.</p> <p>2. Cada vez que se genere una actualización se evidencia mediante informe semestral."</p>	<p>Por medio de certificación de 4 de diciembre de 2025, la subgerente administrativa y financiera manifiesta que: 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> <p>1. Un informe del estado inicial de política y reglas de seguridad configuradas en los dispositivos firewall y antivirus.</p> <p>2. Cada vez que se genere una actualización se evidencia mediante informe semestral.</p> <p>Según lo anterior esta actividad fue presentada en el segundo trimestre y no se hizo necesario volver a evaluar los controles, políticas implementadas en el firewall y antivirus de la entidad por lo tanto no es necesario realizar el informe.</p>

		<p>"El líder del grupo de infraestructura garantizará mediante informe del firewall y del antivirus de manera trimestrales, el cumplimiento y efectividad de Detección y bloqueo automático de las herramientas de seguridad Firewall y antivirus ante posibles accesos no autorizados a la red corporativa;</p> <p>Entregable:(4) Informes en el año 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 del antivirus correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025, en el cual el profesional de infraestructura informa que: Aunque el indicador de equipos administrados por la consola del antivirus, refleja un 73%, es importante aclarar que esto obedece a la desinstalación de esta aplicación en algunos equipos de cómputo que por bajas características técnicas no soportan la operación de este programa, generando lentitud en las demás aplicaciones, que son necesarias para el desarrollo de las actividades de cada usuario. Sin embargo, para mitigar el riesgo, hemos asegurado que todos los equipos cuenten al menos con la licencia básica de antivirus de Windows, mientras se realiza renovación de estos equipos, de todo el parque computacional administrado, 26 equipos de cómputo recibieron un total de 559 ataques de malware 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. De igual manera se evidencia informe del Firewall del HLN correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025, en el que se concluye que: El firewall Fortinet 100F se encuentra en operación normal durante el periodo relacionado en el presente informe, con licenciamiento activo hasta el 2 de diciembre de 2025. Durante el periodo evaluado, el dispositivo mostró un desempeño adecuado, bloqueando el 100 % de las amenazas detectadas. Se evidenció el correcto funcionamiento de las funciones críticas como control de tráfico, control de aplicaciones, de contenido web, funcionamiento de VPN y registro activo de eventos.</p>
R 57	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>"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) de forma semestral."</p>	<p>Se evidencian formatos de gestión del cambio código SIS-F-023 en el cual el profesional de sistemas de información relaciona los cambios realizados al sistema PANACEA durante los meses de octubre y noviembre de 2025, en el cual relacionan 4 cambios. De igual manera se evidencia informe denominado "Informe actividades de mejora en el software PANACEA" correspondiente a los meses de octubre a noviembre de 2025, en el cual se concluye que las actualizaciones y mejoras implementadas en el sistema de información han logrado un avance significativo en su rendimiento, seguridad y usabilidad, consolidando su alineación con los objetivos estratégicos de la organización. La introducción de nuevas funcionalidades, junto con la resolución proactiva de fallos críticos, no solo ha incrementado la eficiencia operativa, sino que también ha elevado la satisfacción de los usuarios finales. Este proceso, ejecutado bajo estándares técnicos, ha fortalecido la escalabilidad del sistema y garantizado su sostenibilidad en el futuro. Se recomienda continuar con un monitoreo constante del desempeño del sistema y mantener ciclos periódicos de revisión para garantizar su adaptación continua a las necesidades del entorno organizacional.</p>
R 58	afectación en la disponibilidad y pérdida económica del parque computacional (equipos de cómputo) y servidores debido al Incumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo por parte del personal técnico.	<p>"El líder de infraestructura 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>Esta actividad se ejecutó en el primer trimestre de 2025.</p>

		<p>"El líder del grupo de infraestructura tecnológica realiza la verificación y seguimiento del cumplimiento y ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo establecido, realizando comparativo del formato único control de soportes Vs cronograma Entregable: Informe de ejecución del cronograma."</p>	<p>Se evidencia informe de ejecución de mantenimientos preventivos de equipos de cómputo, correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025, en el cual se concluye que: Se realizó mantenimiento en las sedes programadas HLN, UIMIST, CS Toledo Plata, Acrópolis, Bodega Chimita y adicional se realizó CS Girardot, CS Pablo IV, CS La concordia, CS Mutis, CS Bucaramanga, CS Libertad las cuales estaban atrasadas. Se evidencia diferencia entre los equipos programados y los equipos ejecutados en HLN, UIMIST y los centros Mutis, Libertad, Toledo Plata, Acrópolis. Al momento de ejecutar el mantenimiento preventivo se ejecutaron las actividades de limpieza y adicional se está realizando la verificación de placas de inventario, alimentando el GLPI, revisión de software ilegal, equipos para dar de baja, inclusión en el dominio o cambio del usuario de ser necesario, las acciones de mantenimiento han contribuido a la mejora del rendimiento y durabilidad de los equipos, se generaron registros fotográficos y técnicos que evidencian la intervención por sede, se logró intervenir un total de 456 equipos, contribuyendo a la durabilidad y rendimiento del parque tecnológico ,es de resaltar que estos 456 equipos son los que se encuentran en funcionamiento actualmente por los colaboradores y funcionarios de ESE ISABU, existe una alta concentración de equipos en el HLN (110) y Unidad Operativa Acrópolis (69), lo que requiere una planificación estratégica de recursos para futuras jornadas, para proyecciones futuras bodega chimita será incluida dentro del inventario del HLN ya que Archivo y correspondencia se encuentran ubicado en el HLN y no en Girón, las limitaciones en insumos y personal fueron el factor principal para el incumplimiento del cronograma y la exclusión del mantenimiento interno.</p>
R 59	<p>Posibilidad de afectación Legal y económica sanciones disciplinarias debido al incumplimiento de la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios de los datos personales, por incumplimiento por parte del oficial de seguridad de la información en el registro nacional de base de datos ante la Super Intendencia de Industria y Comercio.</p>	<p>"El Líder del grupo de seguridad de la información realiza de forma anual el RNBD (registro nacional de base de datos) ante la Super Intendencia de Industria y Comercio (SIC), una vez al año. Entregable: informe de registro nacional de las bases de datos - RNBD "</p>	<p>Este control se ejecutó en el primer trimestre de 2025.</p>

14. RIESGOS GESTIÓN FINANCIERA

Este proceso tiene priorizados siete (7) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 60,61,62,63 y 64

Riesgo Actuarial: Riesgo 75

Riesgo de Liquidez: Riesgo 76

14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN FINANCIERA - OPERACIONAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 60	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	<p>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.</p> <p>Entregable: pantallazos de correos enviados a los supervisores cuando se detectan no cumplimientos en el cargue</p>	<p>Se evidencian capturas de pantalla correspondientes a los meses de octubre y noviembre de 2025, en las cuales se muestran las devoluciones de las cuentas por inconsistencias en las mismas, por parte de tesorería a los supervisores y a la oficina asesora jurídica.</p> <p>Con el fin de cumplir con el plan de acción, se relaciona los flujos de caja de los meses de octubre y noviembre, egresos cps y saldo en bancos, documentos que son enviados a la gerencia con el fin de que sirva como ínsimo para la toma de decisiones.</p>
R 61	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.	<p>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.</p> <p>Entregable: Informe Mensual</p>	<p>Se evidencia informe correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025, se relaciona por mes las glosas recepcionadas, contestadas y pendientes por contestar. En el informe se concluye que las glosas recepcionadas de octubre y noviembre de 2025 son 13.658, de las cuales a 31 de octubre de 2025 quedaron 331 glosas pendientes por contestar, las cuales se les dará respuesta en el mes de diciembre de 2025, cumpliendo con los tiempos de norma estipulados en la Ley 1438 de 2011. El motivo con mayor valor en glosas es el de autorización, por lo cual se procede mensualmente a retroalimentar al área de facturación las glosas recepcionadas, el aumento se da porque dentro de la resolución 2284 de 2023 no permite devolver por autorización por lo cual se aumentan las glosas por este motivo.</p> <p>Con el fin de cumplir con el plan de acción, se evidencia acta de socialización de glosas y devoluciones de los meses de octubre y noviembre de 2025. De igual manera se evidencia la depuración de cartera con las diferentes EPS una vez realizada la conciliación identificando el número de acta que la valida.</p>
R 62	Posibilidad de afectación financiera y presupuestal, por incumplimiento en la radicación en los tiempos establecidos por las diferentes entidades responsables de pago, por falta	<p>El líder de cartera realizará cronograma mensual para la radicación de la facturación en las entidades responsables de pago, el cual es entregado al proceso de facturación.</p> <p>Entregable: Oficio Radicado con cronograma</p>	<p>Se evidencia correos electrónicos con el cronograma de fechas límites para la radicación de septiembre - octubre y noviembre de 2025 frente a las diferentes ERP, enviado por el área de cartera a facturación, lo anterior con el fin de cumplir con las fechas establecidas.</p>

	de adherencia al procedimiento de radicación por parte del personal del proceso.	El líder de cartera realizará seguimiento de manera mensual a la radicación de las facturas entregadas por el área de facturación Entregable: ACTA DE CONCILIACIÓN MENSUAL CON FACTURACIÓN	Se evidencian actas de radicación de la facturación generadas durante el mes de octubre de 2025 en las cuales el proceso de facturación, cartera, presupuesto y contador concilian lo facturado vs lo radicado, evidenciándose el cumplimiento del cronograma enviado inicialmente por el proceso de cartera a facturación. Debido a que el plan de acción incorpora la presentación del acta del comité de cartera, por medio de certificación se evidencia lo siguiente: "De acuerdo a lo establecido en el plan de riesgo operacional se requiere adjuntar el acta de cartera facturación, contabilidad y presupuesto del mes de Noviembre como parte de las actividades realizadas para cumplir con el plan, debido a que el cierre del mes de noviembre se encuentra programado para el 05 de diciembre, y que las conciliaciones se empiezan a realizar del 9 al 15 de diciembre, no se cuenta con el acta requerida con corte a noviembre de 2025, una vez se concilie y se firme se hará llegar a su oficina como parte del cumplimiento".
R 63	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	Se evidencian correos correspondientes a los meses de octubre y noviembre 2025 en el cual el Contador le informa a Tesorería, almacén y subgerencia administrativa, la fecha de cierre de las cuentas por pagar del mes correspondiente.
		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	Se evidencian archivo en Excel en el cual se realiza la revisión de la causación de las cuentas que generan impuestos correspondientes al mes de octubre de 2025, con el propósito de evidenciar las diferencias en caso de existir y las mismas sean subsanadas por el área de tesorería. Por medio de certificación, el contador menciona que: Por medio de la presente me permito informar que las evidencias correspondientes a las cuentas por pagar que miden el indicador de riesgo operacional, con corte al mes de noviembre, y considerando que el plazo para la entrega de dichas evidencias vence el 5 de diciembre de 2025, serán entregadas una vez se hayan generado los impuestos. Lo anterior, debido a que el cierre de cuentas por pagar del mes de noviembre se realizará el día 5 de diciembre a las 6:00 p.m., y una vez finalizado dicho cierre, se procederá a efectuar las respectivas revisiones con el fin de generar los impuestos y, posteriormente, determinar el indicador de riesgo operacional del mes de noviembre. Adicionalmente, se informa que el plazo máximo para la presentación de los impuestos es el 17 de diciembre de 2025, por lo cual las actividades mencionadas se encuentran dentro del tiempo establecido.
R 64	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	La Subgerencia Administrativa 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	Se evidencia informe de la trazabilidad realizada al servicio de referencia y contrarreferencia de la ESE ISABU revisión de remisiones (trasladados) y/o cargados en el software financiero y contable de la entidad correspondiente a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025 en los cuales es realizar el resumen del proceso de referencia y contra referencia efectuado en los meses señalados, de acuerdo con la trazabilidad que se le dio al traslado de ambulancias, en el cual se realizó un seguimiento permanente y oportuno a las remisiones (trasladados de ambulancia) en formato físico. Así mismo, se realizó una revisión contra el software financiero y contable de la entidad (Panacea), esto con el fin de obtener unos resultados que permitan generar un plan de mejoramiento constructivo en los procesos tanto de facturación como de la parte asistencial para lograr el cumplimiento de objetivos presupuestales y administrativos de acuerdo a la oportuna realización de actividades operacionales y a la optimización del recurso humano, hecho que facilitará la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución.

		<p>El subgerente Administrativo envía informe de resultados de auditoría de traslados al proceso de facturación con el propósito que se subsane los hallazgos encontrados, de manera mensual.</p> <p>Entregable: Correo electrónico del envío del informe</p>	<p>Se evidencian capturas de pantalla de correos electrónicos y actas de socialización correspondiente a los meses de agosto, septiembre, octubre de 2025, en las cuales se da a conocer al área de facturación los informes de auditoría del servicio de ambulancias con el fin de realizar los ajustes necesarios en la facturación de estos servicios.</p>
--	--	---	---

GESTIÓN FINANCIERA - ACTUARIAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
RIESGO ACTUARIAL No.75	Afectación financiera y de imagen por incertidumbre en el costo del servicio de salud ofertados (diferentes modalidades de contratación) a falta del sistema de costeo que permita determinar el valor unitario del servicio ofertado	<p>EL personal a cargo del proceso de costos, define los lineamientos para el costeo de oferta en servicio de salud o insumo de conformidad con el método de contabilidad de costos</p> <p>ENTREGABLE: Documento aprobado por el subgerente administrativo y financiero, con periodicidad anual. Inicia en el mes de abril de 2025</p> <p>EL personal a cargo del proceso de costos y de contratación, proyectan documento de oferta de acuerdo con los lineamientos de costeo según demanda o solicitud de tercero, al subgerente administrativo y financiero para su revisión.</p> <p>ENTREGABLE: Documento revisado por el subgerente administrativo y financiero, con periodicidad de acuerdo a demanda. Inicia en el mes de abril de 2025</p>	<p>Esta actividad se cumplió el segundo trimestre de 2025.</p> <p>Se evidencia capturas de pantalla en las cuales se solicita la cotización de dos servicios en particular para las EPS correspondiente a los meses de octubre y noviembre de 2025, con el fin de definir tarifas y proceder a la contratación. En el correo respuesta el profesional de costos y contratación analizan la tarifa a proponer y dan a conocer el valor a cotizar a la subgerencia administrativa para proceder al proceso de contratación si es el caso o cobro.</p>

GESTIÓN FINANCIERA - LIQUIDEZ			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
RIESGO DE LIQUIDEZ No. 76	Posibilidad de 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.	<p>El líder de cartera realizará el cobro persuasivo mensual mediante correo electrónico u oficio dirigido a las diferentes entidades responsables de pago, mínimo al 70% de la cartera total (sin liquidadas).</p> <p>ENTREGABLE: correo electrónico u oficios</p> <p>El líder de cartera remitirá trimestralmente la cartera mayor a 150 días a la subgerencia administrativa y financiera para que se proceda a enviar al abogado externo o en su defecto a la oficina jurídica.</p> <p>ENTREGABLE: Correo electrónico con Excel, este control se ejecutará a partir del mes de abril de 2025</p>	<p>Se evidencia informe de circularización correspondiente a octubre a noviembre de 2025 en el cual se relaciona las empresas responsables de pago a las cuales se le realiza circularización de la cartera mencionando la fecha de notificación y el valor reportado. Este es el insumo para la toma de decisiones frente a la cartera notificada de la ESE ISABU.</p> <p>Se evidencia correos electrónicos correspondientes a los meses de octubre y noviembre de 2025 en cual el proceso de cartera notifica a la subgerencia Administrativa la cartera correspondiente mayor a 150 días. La subgerencia administrativa con dicho insumo traslada al abogado asignado para el trámite legal. Se evidencian correos de 27/10/2025 y 2/12/2025.</p>

 e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 34-38
		REVISÓ Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

15. RIESGOS GESTIÓN DOCUMENTAL

Este proceso tiene priorizados tres (3) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 65,66 y 67

15.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 65	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 mayo 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 - mayo	Esta actividad se cumplió en el segundo trimestre de 2025.
		El profesional de la oficina de Gestión Documental realizará seguimiento mensual 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 grupo primario para la toma de decisiones y ajustes necesarios de acuerdo con los resultados. Entregable: Acta de grupo primario	Se evidencia informe denominado "Seguimiento al cronograma de transferencias" correspondiente a los meses de septiembre a noviembre de 2025 en el cual se identificó el avance de las transferencias documentales en un 86%, quedando a la fecha pendientes una dependencia programada en el cronograma. A fecha de corte noviembre 30 de 2025, se encuentra pendiente por realizar la transferencia de la oficina JURIDICA, la cual se tiene previsto realizar en la semana correspondiente del 8 al 12 de diciembre de 2025, estas cajas se encuentran actualmente en la sede de Mororico. Con lo anterior se da cumplimiento a lo estipulado en el cronograma de transferencias de la Entidad
R 66	Posibilidad de afectación administrativa por la implementación del procedimiento de eliminación de documentos ante la ausencia de conocimiento del personal de apoyo de gestión documental en la no identificación de los documentos que han cumplido los tiempos de retención de acuerdo a las Tablas de Retención Documental- TRD y las Tablas de Valoración Documental- TVD	El equipo de apoyo de archivo previa capacitación identificará anualmente las series y sub series 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 tercer trimestre del año. Entregable: Formato Único de Inventario Documental, Código: ARC-F-004	Se evidencia informe de seguimiento al cronograma de digitalización, correspondiente al 1 de julio de 2025 al 30 de septiembre de 2025, en el cual se manifiesta que la digitalización de documentos vitales recibidos por transferencia, cuya disposición final sea la digitalización se realizó el 100% de la digitalización teniendo en cuenta que los documentos vitales transferidos corresponden a RESOLUCIONES.

		<p>La profesional de gestión documental realizará una auditoría aleatoria en el cuarto trimestre, verificando que los expedientes documentales registrados en el formato Único de Inventario Documental corresponda a las series y subseries a eliminar, se evidenciará mediante Informe de auditoría aleatoria. Entregable: Informe de auditoría aleatoria (entrega del producto cuarto trimestre)</p>	<p>Se cuenta con una auditoría realizada en 17/6/2025, sin embargo, mediante certificación, la profesional contratista de gestión documental manifiesta que la segunda auditoría se encuentra programada para realizarse en la semana del 9 al 12 de diciembre de 2025. La actividad se encuentra dentro de sus tiempos de cumplimiento.</p>
R 67		<p>Posibilidad de afectación administrativa por no digitalización de documentos vitales para la entidad por incumplimiento del Cronograma de implementación del procedimiento de digitalización</p>	<p>La profesional de Gestión documental en el tercer trimestre 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 los responsables de llevar a cabo la ejecución del cronograma.</p>
			<p>El Profesional en Gestión Documental hará seguimiento de la ejecución del cronograma de implementación del procedimiento de digitalización. Entregable: Informe de seguimiento. Periodicidad: trimestral</p>

16. RIESGOS GESTIÓN JURÍDICA

Este proceso tiene priorizados tres (3) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 68,69 y 70

16.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 68		<p>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.</p>	<p>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.</p>
			<p>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.</p>

R 69	<p>Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por multa y/o sanción fiscal o disciplinaria debido a Extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición, inobservancia de los términos y procedimientos por parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU</p>	<p>El jefe Oficina Asesora Jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean respondidos dentro de los términos legales. Esta verificación la realizará a través de una matriz de Excel que permita observar el tiempo de respuesta.</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel con la relación de derechos de petición hasta el 3 de diciembre de 2025, en el cual se relaciona fecha de recepción y fecha de respuestas, destacándose que a los derechos de petición se les brinda respuesta de manera oportuna. Se evidencian numerosos derechos de petición pendientes de respuesta o falta de diligenciamiento de su respuesta oportuna.</p>
		<p>El jefe Oficina Asesora Jurídica semestralmente entregará a Gerencia un informe de las peticiones recibidas en el cual se evidenciará el tiempo de respuesta de cada uno, dando finalmente un informe de la efectividad del control mensual.</p>	<p>Mediante certificación, la jefe de la oficina asesora jurídica manifiesta que el control se encuentra programado para realizarse al finalizar el último semestre de la vigencia 2025. El control se encuentra dentro de los tiempos establecidos para su ejecución.</p>
R 70	<p>Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a falta de reporte, reporte errado, incompleto o extemporáneo en las plataformas del SIA OBSERVA y SECOP II de la etapa precontractual en los procesos celebrados por la ESE ISABU, debido los períodos de contratación masiva que se adelantan.</p>	<p>La profesional especializada del área de jurídica enviará por correo electrónico al personal encargado del cargo 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.</p>	<p>Se evidencia matriz de seguimiento hasta lo transcurrido el mes de diciembre de 2025 (compilado) en la cual se verifica el cumplimiento en la oportunidad en la publicación en el SIA OBSERVA. De la revisión realizada por la profesional especializada de la oficina jurídica se detectaron casos de publicaciones extemporáneas.</p>
		<p>La profesional especializada del área de jurídica aplica la herramienta de trabajo, matriz de seguimiento en Excel , registrando la aprobación del 100% de los contratos celebrados en la plataforma transaccional SECOP II, verificando dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al acta de inicio que la información de cada contrato se encuentre registrada y publicada en la Plataforma SIA OBSERVA, con el fin de que se subsane de forma inmediata la inconsistencia. Entregable: Matriz de seguimiento.</p>	<p>Anotación de Control interno: Debido a que se identificaron casos de extemporaneidad, sumado a la revisión que realiza esta oficina de control interno de la contratación, en la cual también se han detectado casos de extemporaneidad, se comunicará esta situación a Planeación con el fin de activar el Comité Integral de Riesgos y tomar medidas correctivas frente a la materialización del riesgo.</p>

17. RIESGOS GESTIÓN CONTROL INTERNO

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 71

17.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CONTROL INTERNO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 71	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 octubre, noviembre y diciembre de 2025, en las cuales el profesional 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 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.	Frente a las actividades correspondientes al mes anterior, y teniendo en cuenta el análisis presentado por la profesional de apoyo, la jefe de la oficina toma las decisiones frente a retrasos o incumplimientos en las actividades del plan anual de auditorías. Respecto 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.

18. RIESGO GESTIÓN DISCIPLINARIO INTERNO

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 72

18.1. 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 (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 72	Posibilidad de afectación disciplinaria por falta seguimiento a los procesos disciplinarios asignados, debido a la inoportunidad que se presenta ante los miembros del Grupo de Control Disciplinario Interno.	<p>El Grupo de Control Disciplinario interno se reunirá de forma mensual para tratar las quejas recibidas en caso de que existan, con el fin de atender lo correspondiente al procedimiento disciplinario establecido en la entidad.</p> <p>Entregable: 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>Entregable: 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 firmadas por la Coordinadora del Grupo Formal de trabajo de Control Disciplinario Interno correspondientes a los meses de octubre y noviembre de 2025, en la cual se refleja que a la fecha no se cuenta con apertura de procesos disciplinarios y se encuentran en estudio las quejas recibidas y notificadas al grupo. En la certificación se destaca que actualmente la Gerencia de la ESE ISABU se encuentra adelantando modificaciones para determinar la competencia funcional del personal que permita dar cumplimiento a la implementación del ejercicio de la Función Disciplinaria, conforme lo descrito en la normatividad vigente y aplicable al interior de la entidad.</p>

19. RIESGO APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO CLINICO

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 73

19.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

LABORATORIO CLINICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 73	Posibilidad de sanciones disciplinarias y perdida financiera 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.	<p>El Coordinador del Laboratorio clínico realiza comparación mensual del software de PANACEA & ANNAR de los exámenes procesados contra los facturados con el fin que hayan sido debidamente facturados, evidenciando los resultados mediante informe de forma trimestral, el cual será enviado por correo electrónico al jefe de subgerencia científica y a la directora de unidades hospitalarias para su respectivo conocimiento y toma de acciones al respecto si lo son necesarias.</p> <p>Entregable: Informe trimestral y correo electrónico donde se evidencia el envío del informe al jefe de subgerencia científica y directora de unidades hospitalarias</p>	<p>Se evidencian archivos en Excel en los cuales se relacionan los laboratorios facturados durante los meses de octubre y noviembre de 2025, cuya información es obtenida del software PANACEA, de igual manera se evidencia archivo en PDF extraído del software ANNARLAB en el cual se relaciona el detallado de los laboratorios realizados durante los mismos meses. Estos dos archivos se comparan, generando un análisis e identificando las diferencias entre los dos reportes.</p> <p>Se evidencia informe denominado "Para la vigencia del cuarto Trimestre de 2025 se observa una disminución gradual de la diferencia de exámenes procesados contra los exámenes facturados, ya que se tiene como estrategia realizar una doble revisión de las órdenes 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 del laboratorio clínico busca la orden y corrige la situación.</p>

20. RIESGO APOYO DIAGNOSTICO-IMAGENOLOGÍA

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 74

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 (OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2025)
R 74	Posibilidad de sanciones disciplinarias y perdida financiera 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 líder de imagenología realiza revisión mensual de exámenes radiológicos tomados, las cuales se registran en el formato de control diario y los compara con los exámenes 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 sub gerente administrativa hospitalarias 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 sub gerente administrativa.	<p>Se evidencia informe correspondiente de octubre a noviembre de 2025 en el cual se concluye que los datos de producción recopilados durante el cuarto trimestre en el área de imagenología evidencian una disminución relativa, en comparación con el trimestre anterior, en el número de estudios realizados que no fueron facturados. Este comportamiento indica que la estrategia implementada por el grupo de facturación—consistente en revisar diariamente las órdenes no facturadas, identificar errores y socializarlos oportunamente con la coordinación médica para su subsanación inmediata—está generando resultados positivos.</p> <p>Si bien la reducción obtenida aún no alcanza las metas planteadas, continuaremos fortaleciendo los procesos de seguimiento y socialización con el fin de lograr mejoras sostenidas en los próximos períodos.</p> <p>Se evidencian capturas de pantalla en el cual se relacionan los correos enviados a coordinación médica y facturación en los cuales se notifica los estudios imagenológicos tomados y luego cancelados sin haber sido facturados.</p> <p>Posteriormente, se evidencia un archivo en Excel correspondiente a los estudios facturados vs no facturados de los meses de octubre a noviembre de 2025, para finalizar con la producción (archivo en Excel) en el cual se define la producción real mensual del área.</p>

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El presente seguimiento y cierre de evaluación del mapa de riesgos operacionales de la ESE ISABU se adelanta en cumplimiento de las recomendaciones ofrecidas por el Departamento administrativo de la Función Pública, frente a la entrega del cargo de jefe de control interno.
- Debido a la entrega del cargo de jefes de control interno, este seguimiento y evaluación se realizó a corte 30 de noviembre de 2025.
- Respecto a la evaluación de controles, es necesario mencionar que la presentación de evidencias mejoró en oportunidad; se presentaron dos (2) casos en los cuales esta oficina de control interno debió otorgar una extensión del tiempo para la presentación de evidencias. Aunque se contó con excusas válidas, es necesario recomendar que el cargue de evidencias no se cumpla en el último día, con estaríamos minimizando las probabilidades de extemporaneidad.
- En casos contados no se presentaron las evidencias como lo menciona el mapa de riesgos, por lo tanto, se recomienda para la vigencia 2026, que, en los monitoreos realizados por la oficina de Planeación, se realice especial énfasis en los entregables, fechas límites de cumplimiento de las actividades y la forma de realizar el cargue de evidencias.
- Se realizaron anotaciones a los líderes de Atención al usuario y Recursos Físicos en los cuales se destacan algunas situaciones identificadas. Atención al usuario: Las evidencias fueron entregadas incompletas y extemporáneas, a pesar de que el líder asistió al monitoreo con la oficina de Planeación y recibió el oficio de solicitud de evidencias por parte de esta oficina de control interno. No cumplió con la fecha de entrega ni con los entregables. Recursos Físicos: Se evidencia que los formatos no se encuentran diligenciados en su totalidad, situaciones evidenciadas en la parte inferior izquierda y no se entregó la evidencia correspondiente al periodo entregado (octubre y noviembre de 2025). Adicionalmente no se hace uso de los formatos institucionales, los informes se continúan diligenciando en el formato de comunicaciones. Se desconocen los formatos institucionales.
- De manera general se recomienda a los líderes, analizar muy bien los riesgos operacionales y determinar controles que realmente impacten de manera positiva el sistema de gestión del riesgo.
- Se identificó materialización nuevamente del riesgo 70 de Gestión Jurídica referente a la extemporaneidad en la publicación en SIA OBSERVA y SECOP II, situación reiterativa en las evaluaciones realizadas cada trimestre de la vigencia 2025, lo que evidencia que no se ha logrado una mejoría frente al actuar cotidiano de publicación al interior de la oficina jurídica, por lo tanto, se recomienda actuaciones INMEDIATAS frente a esta situación.
- Las recomendaciones identificadas, así como el resultado de la evaluación de los controles, serán dadas a conocer a los líderes, la oficina de planeación, la Dirección Técnica de las unidades hospitalarias y la gerencia con el fin de tomar los correctivos a los que haya lugar.

Equipo auditor:

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS

Jefe Oficina de Control Interno