 NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

1300-39.01
CI-135

Bucaramanga, 17 de septiembre de 2021

Señores
E.S.E. ISABU
Dr. GERMAN JESUS GOMEZ LIZARAZO
Gerente
Atte. Ing. CARLOS ENRIQUE GOMEZ SANMIGUEL
Jefe Oficina Asesora de Planeación (E)
Bucaramanga

Firma _____

Radicado: **00003227**

Enviado: 17/09/2021 - 3:36 p.m.

abenitez
ESE ISABU



Asunto: Entrega informe seguimiento Mapa Riesgos Gestión 1er semestre 2021.

Cordial saludo:

La Oficina de Gestión y Control Interno de la E.S.E. ISABU, en desarrollo de sus funciones y conforme al plan de auditoria basados en riesgo para la vigencia 2021, presenta informe seguimiento para su conocimiento y fines pertinentes.


Agradezco su atención.

Cordialmente,

CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

P/E: William Figueroa Pineda
Profesional de apoyo control interno

Revisó: Ciro Elberto Gamboa Serrano
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL
MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA E.S.E. ISABU
PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021**

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 o quien haga sus veces, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.

En este rol, las unidades u oficinas de control Interno, auditoría interna o quien haga sus veces, juegan un papel fundamental, a través de la asesoría, acompañamiento técnico y de evaluación y seguimiento a los diferentes pasos de la gestión del riesgo, que van desde la fijación de la política de administración de riesgo hasta la evaluación de la efectividad de los controles.¹

En el marco de lo expuesto y el Rol de evaluación de la gestión del riesgo, se presenta el siguiente informe, teniendo en cuenta el mapa de riesgos institucional consolidado, y la política de administración del riesgo de la E.S.E ISABU.

ALCANCE

Verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones definidas para el tratamiento de los riesgos institucionales identificados en cada uno de los procesos de la E.S.E ISABU, en lo que corresponde al primer semestre de la vigencia 2021


OBJETIVOS

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

MARCO NORMATIVO

- ❖ *Constitución Política de Colombia Artículos 209 y 269*
- ❖ *ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones."*
- ❖ *Ley 1474 de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública".*
- ❖ *Ley 734 de 2002, (Código Único Disciplinario) artículo 34 numeral 31 "establece adoptar el Sistema de Control Interno y la función independiente de Auditoría Interna que trata la Ley 87 de 1993 y demás normas que la modifiquen o complementen".*

¹ Guía Rol de las Unidades u Oficinas de Control Interno, auditoría Interna o quien haga sus veces

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		FECHA	30/07/2020
			VERSION	2.0

- ❖ Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. ARTÍCULO 2.2.21.5.4 Administración de riesgos.
- ❖ Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- ❖ Guía Rol de las Unidades de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces DAFP.
- ❖ Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (correspondiendo a la 7° Dimensión y tercera línea de defensa de MIPG) DAFP.
- ❖ Guía Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 5 DAFP.

METODOLOGIA

La E.S.E ISABU desde la oficina asesora de planeación y oficina asesora de calidad establecen la metodología para identificar dentro de la operación de cada proceso los tipos de riesgos de gestión y de corrupción, aplicando la metodología establecida mediante la herramienta “matriz de riesgos” en conjunto con los líderes de los procesos mediante reuniones para su autoevaluación.

Se realizó revisión y evaluación al consolidado de las evidencias al cumplimiento de las actividades para los controles de los riesgos institucionales establecidos, remitidos por la oficina asesora de Calidad.

DESARROLLO


La política de administración del riesgo y la guía para la administración del riesgo, proporciona 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 0199 de 31 de marzo de 2021, adopta la política para la administración del riesgo y se formula el documento “política para la gestión del riesgo” como manual o guía. La gestión o Administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

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.²

Como tercera línea de defensa, la oficina de Gestión y Control Interno, presenta el informe del primer seguimiento de la vigencia 2021 efectuado al Mapa de Riesgos de Gestión Institucional de la E.S.E ISABU, de acuerdo al consolidado de evidencias enviadas por la Oficina Asesora de Calidad.

² Manual operativo MIPG. 2019

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

- MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN**


Se realizó seguimiento y evaluación a cincuenta y cinco (57) riesgos y sus controles, identificados en los diecisiete (17) mapas de riesgos de gestión institucional, los cuales fueron formulados por cada uno de los líderes de proceso.

PROCESO	No. de Riesgos
1. RIESGOS GESTION DE PLANEACION	5
2. RIESGOS DE GESTION CALIDAD	6
3. RIESGOS DE GESTION TALENTO HUMANO	3
4. RIESGOS DE GESTION ATENCION AL USUARIO	1
5. RIESGOS DE GESTION ATENCION AMBULATORIOS	4
6. RIESGOS DE GESTION URGENCIAS	8
7. RIESGOS INTERNACION	1
8. RIESGOS DE CIRUGIA Y ATENCION DE PARTOS	2
9. RIESGOS APOYO TERAPEUTICO	2
10. RIESGOS APOYO DIAGNOSTICO	1
11. RIESGOS SALUD PUBLICA	4
12. RIESGOS GESTION FINANCIERA	10
13. RIESGOS GESTION JURIDICA	4
14. RIESGOS RECURSOS FISICOS	2
15. RIESGOS GESTION DE LAS TICS	1
16. RIESGOS GESTION DOCUMENTAL	1
17. RIESGOS CONTROL INTERNO	2
total	57

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional Vigencia 2021 E.S.E ISABU


- SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS DE GESTION INSTITUCIONAL - 2020 E.S.E ISABU (PRIMER SEMESTRE)**

Se realizó seguimiento a dieciocho (17) Procesos con un total de cincuenta y dos (55) riesgos, a los cuales se realizó evaluación de cada uno, a continuación, se relacionan los aspectos más relevantes de la evaluación de los riesgos:


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

- Gestión Planeación y Direccionamiento Estratégico: Este proceso tiene identificados cinco (05) riesgos.

RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN					DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO		
	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO					
	RIESGO INHERENTE			No. CONTROL					
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE					ZONA DEL RIESGO INHERENTE	
	%	%							
Posibilidad de pérdida Financiera, de imagen y destitución del representante legal por falta de por parte de los líderes responsables al presentar información de fuentes no confiables, inoportuna y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales por pérdida de indicadores de gestión, incumpliendo la normatividad establecida.	68	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	La profesional apoyo al Plan de Acción del Plan de Desarrollo realizará seguimiento trimestral y asistencia técnica a los líderes de proceso al cumplimiento del plan de desarrollo, a su vez la profesional especializada de Planeación realizará consolidación de los resultados del seguimiento realizado por el líder responsable de la medición de cada indicador.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control del riesgo del primer trimestre, queda pendiente el desarrollo para la presentación del segundo trimestres.
							2	Los profesionales de la Oficina de Planeación reexportarán al Jefe de oficina de Planeación los resultados de la medición de cada indicador para la toma de decisiones.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control del riesgo del primer trimestre, queda pendiente el desarrollo para la presentación del segundo trimestres.
Posibilidad de afectación disciplinaria, administrativa y sanción económica por organismos de control debido al incumplimiento en la realización del plan Anticorrupción y de atención al ciudadano para la vigencia y reporte	1	Muy baja	20%	Mayor	80%	Alto	1	El profesional apoyo al proceso del PAAC asesora a todos los líderes de procesos en la construcción del mapa de riesgos de corrupción, aplica encuestas a la ciudadanía y funcionarios para la construcción y consolidación de todos los componentes del PAAC,	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.

 NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0


en el tiempo establecido por la norma vigente.					2	El Jefe de la Oficina de Planeación revisa el PAAC y lleva al comité de CIGD para la aprobación y realiza publicación en la página web a 31 de enero de cada vigencia.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.		
Incumplimiento al indicador 3 de gestión y medición en el FURAG por información inoportuna de las acciones del Plan de Trabajo de MIPG por falta de monitoreo que conlleva a la deficiencia en la implementación de las políticas de MIPG por parte de los líderes políticas.	12	Baja	40%	Moderado	60%	Moderado	1	La profesional Especializado de planeación realiza monitoreo mensual al cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de trabajo de MIPG del periodo establecido.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	El Jefe de la Oficina de Planeación junto con la profesional Especializado de planeación realizan seguimiento del Plan de trabajo de MIPG de forma trimestral a través del comité CIGD.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
Posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por envió Inoportuno del líder en la información para publicación en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.	120	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	El líder de comunicaciones enviara un correo recordando la importancia de las publicaciones a tiempo en las fechas establecidas de acuerdo a la matriz de registro de publicaciones	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control y se cuenta con matriz de registro de publicaciones socializada
							2	El jefe de la oficina asesora de planeación presenta de forma trimestral informe de seguimiento a las publicaciones verificadas con el formato matriz de registro de publicaciones al CIGD	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control y se cuenta con matriz de registro de publicaciones socializada
Rechazo de proyectos de inversión y Reprocesos por pérdida de históricos en proyectos de inversión y convenios para la generación de antecedentes y justificación en nuevos necesidades debido a que	2	Muy baja	20%	Mayor	80%	Alto	1	El jefe de la oficina de Planeación junto con el profesional apoyo a la oficina de planeación custodiara las memorias digitales en la carpeta de la red interna de los proyectos y convenios de inversión realizados por la ESE ISABU.	Actualmente no se evidencia desarrollo de proyectos o convenios

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0


no se cuenta con un registro en el inventario documental de la institución					2	El profesional especializado de sistemas generará copias de seguridad en línea al realizar el almacenamiento en una unidad de red compartida diseñada específicamente para este propósito.	Actualmente no se evidencia desarrollo de proyectos o convenios
----------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

- **GESTIÓN CALIDAD:** Este proceso tiene identificados seis (06) riesgos.


RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO	
	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO					
	RIESGO INHERENTE			No. CONTROL					
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE						
	%	%	ZONA DEL RIESGO INHERENTE						
Posibilidad de daño y o muerte del paciente por incremento en eventos adversos durante la prestación del servicio, pérdida económica por sanción o multa del ente de control, debido al incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la entidad, por recarga de trabajo, servicios, nuevos, falta de equipos en la ESE ISABU	470	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El profesional de seguridad del paciente realizará rondas de seguridad del paciente de acuerdo al cronograma establecido para la vigencia en los servicios priorizados	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control, el primer semestre se realizaron rondas de seguridad.
							2	El profesional de seguridad del paciente mide y consolida los indicadores de seguridad del paciente y se realiza análisis en el Comité integrador de seguridad del paciente e Infecciones y se generan planes de mejoramiento los cuales se les hace el respectivo seguimiento desde el programa de seguridad del paciente.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control, se realiza medición de indicadores de calidad, se realiza sensibilización en reporte de evento adverso y se analizan en Comité de seguridad del paciente
Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, por sanción del ente regulador debido a incumplimiento en el indicador 2: efectividad en la implementación del programa de auditoría	7	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El profesional de la oficina de calidad realizará seguimiento mensual a las oportunidades de mejoramiento que se consideren de difícil cumplimiento de acuerdo a una revisión realizada con el jefe de la oficina de calidad	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0

para el mejoramiento de la calidad pamec											2	El profesional de calidad encargado de la implementación del Pamec realizará tres seguimientos a los líderes del proceso responsables de plan de acción Pamec y a través de los grupos primarios los líderes presentaran los avances del cumplimiento al Pamec.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
Posibilidad de afectación económica, pérdida de imagen, cierre de servicios debido al no reporte en la plataforma reps de la nueva autoevaluación ni portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente por falta de personal contratado para realizar esta función en la ESE ISABU	2	Muy baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo					1	Realizar diagnóstico en los 22 centros de salud y unidades hospitalarias antes del 31 de agosto de 2021 aplicando lista de chequeo de acuerdo a resolución 3100 de 2019	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control, pendientes dos (2) centros de salud y las unidades hospitalarias.
											2	Realizar autoevaluación de la resolución 3100 y actualización del portafolio de servicios en la plataforma reps antes del 31 de agosto de 2021	Pendiente la autoevaluación realizada en la plataforma REPS
Pérdida de imagen, perdida de contratos por parte de las eps, sanciones administrativas, por multa y acción del ente de control debido a la no realización de la autoevaluación y actualización del portafolio en la plataforma reps de acuerdo a la resolución 3100 del 2019	2	Muy baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo					1	EL profesional asignado a habilitación, realizará un cronograma de auditoría interna para la verificación de cumplimiento de la resolución 3100 en todos las sedes y servicios de la ESE ISABU	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control y se iniciará un trabajo gradual para el cumplimiento a la resolución 3100 del 2019.
											2	Realizar el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de la auditoría realizada a las sedes y servicios de la ESE ISABU para dar cumplimiento a la resolución 3100 del 2019	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control y se iniciará un trabajo gradual para el cumplimiento a la resolución 3100 del 2019.
Posibilidad de Afectación de imagen, pérdida económica, por sanción del ente regulador, debido a resultado no confiable de indicadores de calidad, falta de base de datos inexactos, falta de	15	Baja	40%	Mayor	80%	Alto					1	El jefe de la oficina de calidad solicitará a la oficina de sistemas que se habilite un generador de informes para los indicadores de calidad normativos	No se evidencia cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control para revisión del reporteador.


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0

automatización de informes en la ESE ISABU					2	La técnico de sistemas y el jefe de calidad realizará revisión y depuración de la base de datos para poder generar los indicadores de calidad de manera mensual	No se evidencia cumpliendo con los trabajos realizados del técnico de sistemas y el jefe de calidad realizará revisión y depuración de la base de datos.		
Posibilidad de pérdida económica, por sanción o multa del ente de control, aumento del pesaje de los residuos biológicos, debido a inadecuada segregación de residuos por parte del personal asistencial	7296	Muy Alta	100%	Catastrófico	100%	Extremo	1	La Ingeniera ambiental realiza capacitación y evaluación continua al personal de acuerdo al cronograma de capacitación y teniendo en cuenta los servicios más álgidos, retroalimentación por parte de la jefe el servicio a todo personal asistencial mínimo semestralmente o cada vez que ingrese personal nuevo al servicio o centro de salud, a través de un video que se instalará en los computadores de los servicios y centros de salud	Se evidencia capacitación en segregación de residuos de los meses junio y julio, pero no de los meses anteriores.
							2	La ingeniera ambiental realiza auditorias de acuerdo al cronograma establecido a la adherencia al Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGIRHS	Se evidencia auditoria en segregación de residuos y de los meses junio y julio, pero no de los meses anteriores.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

- **GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO:** Este proceso tiene identificados tres (03) riesgos.


RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO
	ANÁLISIS DEL RIESGO				VALORACION DEL RIESGO			
	RIESGO INHERENTE				No. CONTROL			
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DEL RIESGO INHERENTE				
Posibilidad de pérdida de imagen y afectación disciplinaria, por sanción del organismo de control debido a incumplimiento del plan institucional de capacitación en la ESE ISABU	13	Baja	40%	Mayor	80%	Alto	1	El profesional de talento humano consolidará y proyectará el cronograma anual de capacitaciones en el mes de enero, de acuerdo a las necesidades de capacitación de las diferentes áreas.
							2	El profesional de talento humano realizará seguimiento mensual al desarrollo del cronograma anual de capacitación a través de la solicitud de evidencias y la confrontación con el cronograma y la medición de cobertura con planilla de asistencia
Posibilidad de afectación económica, por el no recobro del total de las incapacidades debido al no cumplimiento a los requisitos exigidos por las diferentes EPS's	30	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	El profesional de nómina expedirá comunicación en la cual se expongan los documentos requeridos para el recobro de las incapacidades de EPS
							2	El profesional de nómina llevara un registro de las incapacidades recibidas y cuales han sido recobradas con éxito

 NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

Posibilidad de pérdida de imagen y económica por sanciones de entes de control y reclamación de los involucrados debido al incumplimiento de los estándares mínimos de SGSST	62	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	El profesional de SST realizará un cronograma y lista de verificación para dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	El profesional de SST realizará proceso de auditoría interna con el fin de identificar los estándares mínimos de SGSST	


- **GESTION ATENCION AL USUARIO** Este proceso tiene identificado un (01) riesgos.

RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO	
	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO					
	RIESGO INHERENTE			No. CONTROL					
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	%						IMPACTO INHERENTE
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	519	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	1	El profesional de atención al usuario realiza seguimiento diario al módulo de panacea de pqr's revisando las alertas que el modulo genera, así mismo realiza seguimiento y consolidación mensual de las pqr'sf.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	El profesional de atención al usuario aplicará los términos de respuesta de acuerdo a la normatividad vigente	


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

- ATENCION AMBULATORIOS Este proceso tiene identificados cuatro (04) riesgos.

RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO		
	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO					
	RIESGO INHERENTE			No. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL				
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE						
	%	%	ZONA DEL RIESGO INHERENTE						
Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a inoportunidad en la asignación de citas de medicina general y odontología por extensión en los tiempos de consulta para dar cumplimiento en la normatividad vigente.	291803	Muy Alta	100%	Catastrófico	100%	Extremo	1	Las Directoras de zona realizan revisión de los indicadores de oportunidad de medicina general y odontología de manera semanal y mensual la oficina de calidad reporta la oportunidad, que permita definir un plan acción para mejoramiento del indicador	Se revisa la evidencia y el plan de acción este no ha podido ejecutarse.
							2	El facturador revisará 10 minutos antes de cada consulta si el paciente se encuentra en el centro de salud, si el paciente no ha llegado, se agendará la cita a otro paciente	
Posibilidad de pérdida económica, afectación de la imagen, secuelas físicas o psicológicas leve o grave del paciente, por demanda penal, glosa de la EPS, sanción del ente regulador debido al incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la ESE ISABU	470	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	Las jefes de los centros de salud participan activamente en las capacitaciones programadas por seguridad del paciente	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control, como en las capacitaciones del programa de seguridad del paciente, no se evidencia capacitación en evento adverso por parte de las jefes de los centros de salud, con este control se sensibiliza a su personal.
							2	Las jefes de los centros de salud de manera bimensual capacitan al personal en el programa de seguridad del paciente y en el reporte de eventos adversos en el software panacea	


 NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0

<p>Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a inoportunidad en la asignación de citas por Herramientas tecnológicas poco robustas</p>	365	Alta	80%	Catastrófico	80%	Alto	1	La oficina asesora de planeación garantizará un plan efectivo de SISTEMAS DE INFORMACION para las operaciones misionales del ISABU.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control. Sin embargo no se ha hecho ninguna mejora al agendamiento web.
		Moderado	60%	Moderado	60%	Moderado	2	La oficina asesora de planeación ejecutará el Plan estratégico de tecnología de la información y las comunicaciones	
<p>Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a no cumplimiento de las metas de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud (RMPS)</p>	500	Moderado	60%	Moderado	60%	Moderado	1	Directoras técnicas y Coordinadora de Promoción y Prevención Organizarán jornadas de PyP, según el ciclo de vida.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
		Moderado	60%	Moderado	60%	Moderado	2	Directoras técnicas, Coordinadora de Promoción y Prevención y jefes de enfermería, Deben hacer seguimiento semanal al cumplimiento de las actividades programadas a desarrollar de acuerdo a los diferentes ciclos de vida.	


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO F-1400-27
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		FECHA 30/07/2020
			VERSION 2.0

- **GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS** Este proceso tiene identificados ocho (08) riesgos.


RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO
	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO				
	RIESGO INHERENTE			No. CONTROL				
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE					
	%	%						
Pérdida de imagen, afectación económica, pérdida de habilitación por sanción del ente regulador debido al incumplimiento en la normatividad vigente de habilitación en el servicio de urgencias de la ESE ISABU	4	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	1	La oficina de calidad Capacitará al líder del servicio y su equipo de trabajo en la normatividad vigente de habilitación dos veces al año
							2	El líder del servicio con el apoyo de la oficina de calidad Aplica lista de chequeo de normatividad de habilitación dos veces al año
Posibilidad de pérdida económica, afectación de la imagen, por secuelas físicas o psicológicas leve o grave del paciente, demanda penal, glosa de la EPS, sanción del ente regulador debido al incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la ESE ISABU	50	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El personal del servicio de urgencias participa activamente en las capacitaciones programadas por seguridad del paciente
							2	Las jefes de los centros de salud de manera bimensual capacitan al personal en el programa de seguridad del paciente y en el reporte de eventos adversos en el software panacea

 NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0

<p>Posibilidad de afectación de imagen, afectación en la salud física y psicológica del usuario por demora en la atención inicial de urgencias debido a desconocimiento y falta de adherencia al protocolo de atención en triage de acuerdo a la normatividad vigente en la ESE ISABU</p>	365	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	<p>Capacitar al personal encargado del triage sobre la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.</p>
							2	<p>La coordinadora del servicio evalúa mediante lista de chequeo la adherencia al protocolo institucional de Triage por parte personal encargado de la clasificación</p>	
<p>Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen por demanda penal, sanción o multa del ente de control debido a falta de adherencia a los protocolos y procedimientos del servicio de urgencias de la ESE ISABU</p>	150	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	<p>Realizar seguimiento y control de la accesibilidad y la resolutivita del servicio</p>	<p>Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.</p>
							2	<p>Verificar el uso adecuado de los recursos (personal administrativo y asistencial, disponibilidad de citas, técnica, tecnológica) y la pertinencia de las remisiones y autorizaciones.</p>	
<p>Posibilidad de pérdida económica, afectación de la imagen, por multa o sanción del ente de control, afectación de la salud y/o muerte de un usuario debido al incumplimiento en el protocolo de administración segura de medicamentos en el servicio de urgencias de la ESE ISABU</p>	12	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	1	<p>El programa de seguridad del paciente realiza inducción y reinducción del protocolo de administración segura de medicamentos al personal asistencial</p>	<p>Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.</p>
							2	<p>El programa de seguridad del paciente evalúa al personal encargado de la administración de medicamentos mediante lista de chequeo</p>	


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0

Posibilidad de agresión al personal de salud por déficit del sistema de vigilancia debido a falta de educación del usuario en derechos y deberes y en proceso de urgencias en la ESE ISABU	400	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	Brindar educación a los usuarios respecto a los derechos y deberes que tienen dentro de la institución	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control, la cartelera por el momento no es posible ubicarla teniendo en cuenta que el hospital de campaña no se le pueden realizar modificaciones
							2	Socialización al personal del servicio sobre el protocolo de sujeción, con el objetivo de minimizar el riesgo de agresión	
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	200	Moderado	60%	Moderado	60%	Moderado	1	Realizar periódicamente mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos con el fin de mitigar daños y costos	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control, no se ha iniciado aplicación de lista de chequeo para evaluación de manejo adecuado de equipos,
							2	Evaluación al personal asistencial sobre el uso correcto de equipos biomédicos, mediante lista de chequeo	
Posibilidad de pérdida económica, por demanda o sanción del ente de control, afectación de la salud y/o muerte del usuario por reingreso del paciente por el mismo diagnóstico antes de las 72 horas al servicio de urgencias debido a falta de adherencia a las guías y protocolos de atención, falta de información clara al usuario al momento del egreso	100	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	Capacitación continua al personal médico de las principales causas de consulta e urgencias para unificar criterios y ajustarse a las guías y protocolos del ministerio.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	Retroalimentar toda la auditoría de las historias clínicas en reuniones conjuntas con todo el personal médico.	

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0


- **GESTIÓN DE INTERNACIÓN** Este proceso tiene identificado un (01) riesgos.

RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO	
	ANÁLISIS DEL RIESGO				VALORACION DEL RIESGO			
	RIESGO INHERENTE				No. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL		
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DEL RIESGO INHERENTE				
Posibilidad de afectación reputacional o de imagen, pérdida económica, sanción disciplinaria, por queja de usuario debido a falta de un proceso estandarizado y educación al usuario acerca de los canales de comunicación al familiar sobre el estado del paciente	3650	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	1	El médico del servicio de UCI brinda información diaria al familiar a cargo del paciente sobre el estado y las condiciones actuales del mismo de una manera clara, sencilla y entendible, a través de llamada telefónica, se deja registro de esta en la historia clínica del paciente
							2	El jefe del servicio educa al familiar sobre el proceso de información del estado del paciente al momento del ingreso del paciente a UCI, se deja registro en planilla de ingreso al servicio de UCI.

 NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0


- **GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS** Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos.

RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO	
	ANÁLISIS DEL RIESGO				VALORACION DEL RIESGO			
	RIESGO INHERENTE				No. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL		
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DEL RIESGO INHERENTE				
Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por falta de captación y seguimiento al usuario con orden de procedimiento quirúrgico, debido a falta de un proceso de comunicación entre el servicio de consulta externa y el servicio de cirugía	960	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	1	La Jefe de consulta Externa a través de un drive compartido con salas de cirugía reportará diariamente los pacientes con orden de cirugía para realizar el respectivo seguimiento
							2	La jefe de cirugía realiza seguimiento diario telefónico a los pacientes con orden de cirugía registrados en el drive de consulta externa con el fin de captar los pacientes y agilizar el proceso de programación quirúrgica
Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional, sanción disciplinaria por sanción el ente de control, perdida de un equipo o insumos debido a falta de seguimiento correcto al diligenciamiento de los formatos por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno de los equipos biomédicos, insumos medico quirúrgicos y medicamentos.	60	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	La líder de proceso de enfermería y sala de partos realizaran seguimiento y control diario del correcto diligenciamiento de los formatos por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno de los equipos biomédicos, insumos medico quirúrgicos y medicamentos.
							2	la líder de proceso de enfermería y sala de partos realizaran las medidas correctivas referente al no diligenciamiento de los formatos por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno de los equipos biomédicos, insumos medico quirúrgicos

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0


- PROCESO GESTION APOYO TERAPEUTICO Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos.

RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO
	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO				
	RIESGO INHERENTE			No. CONTROL				
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE					
	%	%	ZONA DEL RIESGO INHERENTE					
Posibilidad de afectación de la salud y/o muerte de un usuario por desabastecimiento de insumos y medicamentos en la UCI intensivo, pérdida económica por multa y/o sanción del ente de control, debido a inadecuada planeación de la necesidad de insumos y medicamentos y demora en la gestión contractual para la adquisición de los insumos y dispositivos médicos que se requieren.	48	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	La regente de farmacia realiza una proyección mensual de las necesidades de insumos y medicamentos de acuerdo al comportamiento histórico de los últimos cuatro meses y con un seguimiento quincenal al consumo
							2	La regente de farmacia ante el desabastecimiento de medicamentos e insumos a nivel nacional informa al coordinador de la UCI y ofrece el portafolio de alternativas de reemplazo del insumo o medicamentos, esto se realiza de manera mensual y con seguimiento quincenal.
Posibilidad de pérdida económica por sanción o multa del ente de control, demanda penal por contagio de un colaborador con covid-19, debido a falta de elementos de protección personal y adherencia a las normas de bioseguridad en la ESE ISABU	240	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	La líder de apoyo terapéutico verifica semanalmente mediante planilla entrega de EPP y en caso de no entrega notificación inmediata.
							2	verificar cumplimiento de uso de EPP del profesional mediante lista de chequeo , en visita aleatoria a los centros de atención

 NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

- PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos.


RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO	
	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO					
	RIESGO INHERENTE			No. CONTROL					
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE						
	%	%	ZONA DEL RIESGO INHERENTE						
Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por demanda penal debido a evento adverso por entrega incorrecta de resultados debido a falta de adherencia al procedimiento de toma de muestras de laboratorio clínico	87530	Muy Alta	100%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El profesional de laboratorio clínico aplica una lista de chequeo para verificación de solicitud de cedula en el momento del ingreso del paciente al sistema semanalmente	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control, está pendiente la medición del indicador de identificación correcta de usuarios
							2	La coordinadora de laboratorio realiza retroalimentación, sensibilización y evaluación al personal durante los grupos primarios sobre la importancia de cumplir con el procedimiento de toma de muestras	
Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional, sanción disciplinaria por inoperabilidad parcial y/o total de un equipo de imagenología debido a falta de seguimiento o inexistencia de su respectivo contrato de mantenimiento preventivo y correctivo.	22824	Muy Alta	100%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El área biomédica garantizará la celebración de los contratos de mantenimiento anuales de los equipos radiólogos, incluyendo cronograma de visitas de mantenimiento preventivo trimestral y/o cuatrimestral, dejando como evidencias reporte formal de cada visita realizada firmada por el líder del área de radiología, garantizando así su realización cumplimiento.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	El área de biomédica solicitará la visita de mantenimiento correctivo a la empresa contratante del equipo reportado por el líder de área de imagenología; dejando como evidencias reporte formal de la visita realizada, firmada por el	

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0


						líder del área garantizando así, su cumplimiento y ejecución.	
--	--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------	--

- **GESTIÓN D ELA SALUD PÚBLICA** Este proceso tiene identificados cuatro (04) riesgos.

RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO
	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO				
	RIESGO INHERENTE							
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DEL RIESGO INHERENTE	No. CONTROL			
Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demora de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no de identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	5	Baja	40%	Mayor	80%	Alto	1	el auxiliar de enfermería del área de vigilancia verificar semanal y mensualmente los diagnósticos publicados en el sistema de información garantizando la notificación de los eventos de salud pública.
							2	el auxiliar de enfermería del área de vigilancia epidemiológica realizara las búsquedas activadas institucionales en los RIPS registros individuales de prestación de servicios para detectar posibles eventos de interés de salud pública en la ESE ISABU.
Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demora de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no de identificación del	5	Baja	40%	Mayor	80%	Alto	1	el auxiliar de enfermería del área de vigilancia verificar semanal y mensualmente los diagnósticos publicados en el sistema de información garantizando la notificación de los eventos de salud pública.


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0

100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU							2	El auxiliar de enfermería del área de vigilancia epidemiológica realizara las búsquedas activadas institucionales en los RIPS registros individuales de prestación de servicios para detectar posibles eventos de interés de salud pública en la ESE ISABU.	
Perdida económica, por multa o sanción por parte del ente de control, afectación reputacional, perdida del biológico, debido a falta de adherencia a los protocolos de manejo de la cadena de frio en la ESE ISABU	676	Alta	80%	Catastrófico	100%	Extremo	1	La coordinadora PAI realiza capacitación de acuerdo al cronograma establecido y evaluación a todo el personal de vacunación en el manejo de la cadena de frio y plan de contingencia, incluyendo personal de esquema regular y vacunación Covid-19	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	La Coordinadora PAI realiza auditoria aleatoria de acuerdo a los centros de salud priorizados, de manera mensual, al control de la cadena de frio, a través de aplicación de lista de chequeo y genera un informe de análisis de los resultados	
Perdida económicas por incumplimiento a las estimaciones programas por eps para ejecución durante el periodo la insatisfacción del cliente externo debido a la falta de adherencia a la resolución 3280 del 2018 en la ESE ISABU	26	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	La coordinadora de Promoción y prevención realizará seguimiento las actividades realizadas mensualmente por rips y por eps de los cumplimientos.	No se evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	Coordinar desde la coordinación de promoción y prevención capacitaciones de ruta de 3280 del 2018 de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal con pretest y postest	


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

- **GESTIÓN FINANCIERA** Este proceso tiene identificados diez (10) riesgos.


RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO
	ANÁLISIS DEL RIESGO				VALORACION DEL RIESGO			
	RIESGO INHERENTE				No. CONTROL			
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DEL RIESGO INHERENTE				
Posibilidad de pérdida económica por multa y/o sanción de las entidades administradoras de impuestos debido a entrega inoportuna de informes o inexactitud de la información	25	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	La subgerencia administrativa, costos, contabilidad, revisan el calendario tributario para realizar el cierre de la información financiera.
							2	El tesorero planea y reserva los recursos para los pagos teniendo en cuenta el calendario tributario
Posibilidad de afectación reputacional y disciplinaria por baja calificación del representante legal, sanción del ente de control debido a entrega inoportuna de informes o inexactitud de la información	21	Baja	40%	Mayor	80%	Alto	1	El tesorero realiza Revisión de las resoluciones donde se establecen las fechas de vencimiento de los diferentes reportes, 2193 del ministerio de salud, resoluciones de la contaduría general de la nación y resolución de la superintendencia nacional de salud circular 016
Posibilidad de pérdida económica por sanción del ente de control, debido a Inadecuada aplicación de los principios y normas presupuestales en la ordenación del gasto.	12	Baja	40%	Mayor	80%	Alto	1	El profesional de presupuesto garantiza el cumplimiento de procedimientos para mitigar el riesgo

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0


							2	El profesional de presupuesto de la E.S.E ISABU, realiza seguimiento al presupuesto a través de informes de ejecución presupuestal y control a través del libro radicador de CDP y RP.	
Posibilidad de pérdida económica, procesos disciplinarios y sancionatorios por pérdida de los recursos para el pago de obligaciones y detrimento del flujo de recursos para la entidad, debido al entorno y la debilidad en la seguridad física en donde se encuentran ubicados los Centros de Salud.	4200	Alta	80%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El tesorero mínimo una vez por semana direccionaran a una persona que recaudará los valores existentes en cada uno de los punto de recaudo de pago para minimizar el riesgo de perdidas ,se dejara como soporte planilla de recaudo.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	El Tesorero solicita a la Subgerencia Administrativa mantener actualizada la póliza para la persona que recauda los valores existentes en cada uno de los puntos de recaudo	
							3	El apoyo Administrativo recibe la caja en el sistema panacea para confrontarlo frente al efectivo recaudado	
Posibilidad de pérdida económica, procesos disciplinarios y sancionatorios por pérdidas de los recursos financieros para el pago de obligaciones y funcionamiento de la entidad al ser vulnerables los sistemas de protección de la información confidencial y la red utilizada para la gestión de la información.	264	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El Tesorero solicita a la Oficina de Sistemas mantener actualizadas las consolas antivirus anualmente por parte de la oficina de sistemas	No evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control. No se evidencia de visto bueno de proceso aleatorio de recuperación del BK por parte del Tesorero.
							2	El Tesorero solicita a la oficina de sistemas realizar backup de la información periódicamente para salvaguardar la información por parte de la oficina de sistemas	

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0

Posibilidad de pérdida económica por subestimar costos que generen bajas tarifas de venta en servicios o sobrevalore costos en servicios que generen pérdidas de venta de portafolio, debido a inconsistencias en las cifras entregadas en informes de panacea y terceros contratistas de la entidad. La raíz principal se orienta a una negación, omisión de información e inconsistencia de datos por parte de líderes de procesos e información suministrada en el sistema de información	12	Baja	40%	Moderado	60%	Moderado	1	Líderes de unidades funcionales y sedes de la ESE ISABU, entregarán y revisarán la información de los recursos consumidos para la prestación del servicio en salud en sus áreas y sedes, en coherencia a su nivel de producción mensual.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
		Moderado	60%	Moderado	2	El profesional de costos realizará un coste para los servicios de salud por unidad y sede, de acuerdo a las actividades generadoras de costos especificadas por los líderes de unidades funcionales de la ESE ISABU.			
Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial en la radicación extemporánea de la facturación generadas por concepto de venta de servicios de salud, mes a mes debido a falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas por el personal de facturación, también inconsistencias del sistema de información en la información generada en los reportes.	264	Moderado	60%	Moderado	60%	Moderado	1	La coordinadora de facturación realiza revisión quincenal de la facturación generada vs la facturación pre radicada	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
		Moderado	60%	Moderado	2	La coordinadora de facturación realiza revisión de las cuentas pre radicadas y devueltas para corrección			
Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial que conlleva a la cancelación del contrato de prestación de servicios, procesos fiscales y disciplinarios por órganos de control debido a omisión de facturar las actividades prestadas en los diferentes centros de salud y unidades operativas generada por falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas, también inconsistencias del sistema de información en la información generada en los reportes.	12	Baja	40%	Mayor	80%	Alto	1	Revisión de los cargos pendientes facturar (atenciones realizadas) realizados durante el mes.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
		Alto	80%	Alto	2	Revisión de los cargos dobles y realizar la respectiva anulación o la corrección, nuevo cargue			

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0


Posibilidad de pérdida económica, fallas en la calidad en la prestación del servicio, por bajo recaudo en las cuentas por cobrar, debido a falta de voluntad de las ERP para cancelar las cuentas en la ESE ISABU	264	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	CONCILIACION DE CARTERA CON LAS EAPB 1 VEZ EN AÑO CON EAPB CON CARTERA MENOR A \$100.000.000,00; 2 VECES AL AÑO CON LOS 5 DEUDORES MAS REPRESENTATIVOS EN LA CARTERA.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	LA OFICINA DE CARTERA REALIZA CONCILIACION DE LAS OBJECIONES REALIZADAS A LA FACTURACION DE LA ESE POR PARTE DE LAS EAPB; CONCILIACION DEL 80% MINIMO DE LAS GLOSAS QUE SE DETERMINAN SEGÚN CONCILIACION DE CARTERA CON LAS EAPB.	
							3	La oficina de cartera Solicita acuerdo de pago con ERP	
							4	La oficina de cartera realiza entrega de cartera para cobro jurídico	
							5	La oficina de cartera participa de la Mesa de trabajo convocada por la secretaria de salud de Santander en el marco de la circular 030 (plataforma donde se registra la cartera), asistencia a las conciliaciones extrajudiciales en derecho ofrecidas por la supersalud	
Posibilidad de pérdida económica, desequilibrio financiero, afectación en la prestación de los servicios por liquidación de las EPS con las que se tiene contrato, debido a falta de vigilancia y control del estado, falta de	12	Baja	20%	Mayor	80%	Alto	1	CONCILIACION DE LAS OBJECIONES REALIZADAS A LA FACTURACION DE LA ESE POR PARTE DE LAS EAPB; CONCILIACION DEL 80% MINIMO DE LAS GLOSAS QUE SE DETERMINAN SEGÚN CONCILIACION DE CARTERA CON LAS EAPB.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0


conciliación de glosa y liquidación de contratos a tiempo						2	LIQUIDACION DE CONTRATOS; LIQUIDAR CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS MODALIDAD CAPITA Y EVENTO CON 3 EAPB CON LAS MAS REPRESENTATIVAS.
						3	Cobro jurídico

- PROCESO GESTIÓN JURÍDICA Este proceso tiene identificados cuatro (04) riesgos.

		VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						
RIESGO DE GESTIÓN	ANÁLISIS DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO		SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO
	RIESGO INHERENTE					No. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	ZONA DEL RIESGO INHERENTE			
Posibilidad de Pérdida económica, afectación reputacional por Sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a inadecuada supervisión contractual, falta de adherencia al Manual de contratación vigente en la ESE ISABU	1400	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	1	El Jefe de oficina jurídica cuatrimestralmente y cada vez que se actualice el manual de contratación, con el fin de lograr el efectivo servicio de la supervisión realizara talleres de capacitación a todos los funcionarios que funjan como supervisores
							2	El jefe de la oficina jurídica cuatrimestralmente realizará evaluación de la adherencia al manual de contratación a los funcionarios que tienen a cargo supervisiones
							Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.	

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0


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	10	Baja	40%	Mayor	80%	Alto	1	El Jefe Oficina jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean respondidos dentro de los términos legales este seguimiento se realizará a través de una matriz de Excel, al igual cada vez que se presente una extemporaneidad quedando como evidencia la matriz diligenciada y el archivo físico de la solicitudes y su respuesta.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	El jefe de la oficina jurídica semestralmente entregará informe de las peticiones presentadas a la institución en el cual se evidenciará el tiempo de respuesta de cada uno respecto de la fecha de recepción y de respuesta, dando finalmente un informe de la proyección de la efectividad del control mensual	
Pérdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias de los entes de control debido a ausencia de especificaciones técnicas claras en los requerimientos contractuales para elaboración de estudios previos en la ESE ISABU	500	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	1	El Jefe oficina jurídica trimestralmente con el fin de lograr la correcta elaboración de los requerimientos técnicos para la elaboración de estudios previos, realizara talleres de capacitación a todos los funcionarios y/o contratistas responsables en la elaboración de la necesidad	No se evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	El jefe de la oficina jurídica cuatrimestralmente realizará evaluación de la adherencia al manual de contratación a los funcionarios que tienen a cargo elaborar y consolidar necesidades de contratación.	
Pérdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias por partes de los entes de control debido a reporte extemporáneo a las plataformas del SECOP y SIA OBSERVA	1400	Alta	80%	Mayor	60%	Alto	1	El Jefe de la oficina Jurídica mensualmente y con el fin de controlar la publicación de los procesos contractuales realizara auditoria interna al 10% de la contratación emitida en el periodo señalado.	No se evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0

de los procesos contractuales en la ESE ISABU						2	El jefe de la oficina jurídica, semestralmente emitirá informe escrito del mismo y de tal forma llevar un mejor control a las plataformas SECOP y SIA OBSERVA quedando como evidencia informe de auditoria.
-----------------------------------------------	--	--	--	--	--	---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS** Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos.


		VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN					DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO
RIESGO DE GESTIÓN	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO		No. CONTROL		
	RIESGO INHERENTE							
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DEL RIESGO INHERENTE				
Posibilidad de pérdida económica por vencimiento de insumos o por solicitud de insumos innecesarios debido a falta de adherencia al proceso de solicitud de insumos y control de inventarios, falta de supervisión y control de los mismos	324	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	El Jefe de almacén solicitará por medio de una circular el correcto diligenciamiento del formato de solicitud de pedidos a los directores y los jefes de centro de salud advirtiéndole que el incorrecto diligenciamiento del formato generará retrasos en el despacho del pedido, se realizará seguimiento mensual al correcto diligenciamiento del formato de pedidos y retroalimentación a través de correo electrónico a los directores de zona respecto a los formatos incompletos
							2	Realizar auditorías mensuales de acuerdo a cronograma establecido y a los centros de salud priorizados
								No se evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control de las auditorias.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0


Posibilidad de pérdida económica por pérdida de activos 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	1728	Alta	80%	Moderado	60%	Moderado	1	El jefe del almacén solicitará por medio de un correo a todos los líderes de los procesos y jefes de las unidades operativas y hospitalarias informar al almacén de la ESE ISABU sobre las diferentes novedades de traslados de activos fijos que se vayan presentando para de esta manera mantener actualizado el inventario.	No se evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control de las auditorías.
							2	El jefe de almacén realiza auditorías trimestrales de acuerdo al cronograma con el fin de evidenciar si se está cumpliendo lo solicitado por almacén de manera que esto permita la actualización del inventario y bajar el impacto que produce este riesgo	

- **GESTION DE LAS TICS** Este proceso tiene identificado un (01) riesgos.

		VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN							
RIESGO DE GESTIÓN	ANÁLISIS DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO		SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO	
	RIESGO INHERENTE					No. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL		
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%				
	1	Muy baja	20%	Mayor	80%				Alto
Posibilidad de pérdida de información, pérdida económica por daño en la infraestructura tecnológica, sanción o multa del ente regulador, debido a licencia de antivirus no actualizada	1	Muy baja	20%	Mayor	80%	Alto	1	El jefe de planeación y el coordinador de sistemas solicitará anualmente en el mes de enero la necesidad de actualización de la consola y licencia firewall a subgerencia administrativa a través de correo electrónico.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
				FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD			VERSION	2.0

									2	El coordinador de sistemas una vez adquiridas las licencias actualizará la consola de antivirus y la licencia firewall semestralmente generando como soporte un documento de licenciamiento de consola y un informe de licenciamiento de firewall	
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN DOCUMENTAL Este proceso tiene identificado un (01) riesgos. 											
		VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN									
RIESGO DE GESTIÓN	ANÁLISIS DEL RIESGO						VALORACION DEL RIESGO				SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO
	RIESGO INHERENTE						DESCRIPCIÓN DEL CONTROL				
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	ZONA DEL RIESGO INHERENTE					
Posibilidad de Pérdida de Económica Posibilidad de Pérdida de Documentos Físicos por la no adherencia del Proceso y Procedimientos de Gestión Documental en cada una de las Fases de Archivo Gestión, Central e Histórico por parte del Personal de Apoyo que tiene a cargo los Documentos en los Archivos de Gestión y Central	200	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	El Líder del Proceso de Gestión Documental Solicita Informe mensual de Préstamos y entrega de Documentos e Información, de las Dependencias de la Archivos de Gestión, Central e Histórico con soporte registro en el formato Acceso a Documentos e Información como Seguimiento al Cumplimiento del Procedimientos de Acceso a Documentos.	2	El Líder de Gestión Documental Solicita Registro del Formato de Acceso a Documentos e Información de seguimiento mensual de préstamos y entrega de Documentos e Información de la Dependencia de Archivo de Gestión, Central e Histórico.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
PROCESO DE GESTION DE CALIDAD	VERSION		2.0	

- **GESTIÓN DE CONTROL INTERNO** Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos.

RIESGO DE GESTIÓN	VALORACION DEL RIESGO DE GESTIÓN						DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO	
	ANÁLISIS DEL RIESGO				VALORACION DEL RIESGO				
	RIESGO INHERENTE				No. CONTROL				
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DEL RIESGO INHERENTE					
	%	%	%						
Posibilidad de afectación económica y reputacional, por procesos administrativos, fiscales, disciplinarios y penales debido a deficiencia por la debilidad en la formulación de los controles para cada riesgo institucional en los tiempos establecidos por ley, por la limitada realización de seguimiento y control a los planes de mejoramiento y recomendaciones producto de las auditorías internas y externas realizadas en la entidad	46	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	El jefe de la oficina de gestión y control interno, implementará las acciones de seguimiento mediante la revisión periódica del Formato F-1300-07 formato de seguimiento a planes de mejoramiento y/o recomendaciones, realizadas por los entes de control y la oficina de control interno.	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
Posibilidad de afectación económica y reputacional por multas y sanciones impuestas por los entes de control externos, debido al incumplimiento en el desarrollo del plan anual de auditorías de la vigencia	84	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	El equipo de control interno realizará seguimiento al cronograma del plan anual de auditorías de la vigencia	Se revisa la evidencia, cumpliendo con los trabajos realizados para el desarrollo del control.
							2	El equipo de control interno enviará comunicaciones de solicitud de información requerida, a los responsables de los procesos para dar cumplimiento al plan anual de auditorías de la vigencia.	


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

EVALUACION

- En la presente evaluación, se tuvo en cuenta el análisis del riesgo (riesgo inherente, riesgo residual), valoración del riesgo (descripción del control, probabilidad, impacto) y administración del riesgo (plan de acción, responsable, periodicidad de la acción y fecha de implementación), establecidos en los mapas de riesgos de gestión de la vigencia 2021.
- En el envío de los soportes, se debe tener en cuenta la descripción del control y el plan de acción a realizar, los cuales están definidos en el mapa de riesgos de gestión, esto con el fin de mejorar su evaluación.
- Se puede observar de manera positiva que en los procesos, los controles asociados al control del riesgo, son efectivos.
- Se recomienda continuar reforzando mediante actividades de sensibilización la metodología de prevención y control de riesgos, con el fin de generar una cultura de administración del riesgo en la Entidad, y de la responsabilidad que al respecto tiene cada líder de proceso.
- En algunos procesos no se han iniciado las respectivas acciones de mitigación del riesgo.
- Es de gran importancia que los soportes entregados por los procesos como evidencia para validación de los controles, sean claros, coherentes y suficientes, para poder realizar la respectiva evaluación.
- Se evidencia que el cumplimiento en los controles está en un 68% de satisfacción.
- Al no haber evidencia de acciones de control, se encuentra 32% de no satisfacción.
- Se evidenció que el proceso de Salud Pública de los cuatro (4) riesgos identificados para la vigencia 2021, solo el riesgo 67 adjunta soportes acordes al control.

RECOMENDACIONES

- Continuar con el fortalecimiento de la cultura de autocontrol en la realización de las diferentes actividades inherentes a la aplicación de controles en el mapa de riesgos de gestión institucional.
- Las actividades de control deben tratar la causa del riesgo, debe ser continua y permanente por cada líder del proceso.
- Realizar capacitaciones a todos los funcionarios de acuerdo a la gestión de los riesgos de cada proceso, con el objetivo de apropiarse del seguimiento y ejecución de los controles.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

- Se debe por parte de los líderes de los procesos, adelantar todas las acciones necesarias para la mitigación del riesgo, dejando las evidencias correspondientes, a las cuales la oficina de control interno les hará el seguimiento respectivo de manera continua.
- Se debe profundizar en la elaboración de los riesgos en la Gestión de las TIC's ya que actualmente en el ESE ISABU las TIC's es uno de los recursos imprescindibles para el funcionamiento operativo de la entidad.
- Se recomienda continuar reforzando mediante actividades de sensibilización la metodología de los riesgos, con el fin de generar una cultura de administración del riesgo en la Entidad.



Equipo Auditor,


CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
 Jefe Oficina Gestión y Control Interno


WILLIAM FIGUEROA PINEDA
 Profesional de Apoyo Control Interno