 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

1300-39.01
CI-194

Bucaramanga, 21 de diciembre de 2021

Señores
E.S.E. ISABU
Dr. GERMAN JESUS GOMEZ LIZARAZO
Gerente
Atte. ELVIS JIMENEZ QUIROZ
Jefe Oficina Asesora de Planeación (E)
Bucaramanga

Firma _____

Radicado: **00004409**

Enviado: 22/12/2021 - 7:18 a.m.

abenitez

ESE ISABU



Asunto: Entrega informe seguimiento Mapa Riesgos Gestión 2do 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 auditorías basado en riesgos para la vigencia 2021, presenta informe seguimiento Mapa Riesgos Gestión 2do semestre 2021 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 SEGUNDO SEMESTRE VIGENCIA 2021
INTRODUCCION
<p>El artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015 determina que las entidades públicas establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno.</p> <p>Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno 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.</p> <p>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</p> <p>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.</p>
ALCANCE
<ul style="list-style-type: none"> • 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 segundo semestre de la vigencia 2021.
OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Constitución Política de Colombia Artículos 209 y 269</i> ❖ <i>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."</i> ❖ <i>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".</i> ❖ <i>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</i>

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
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

normas que la modifiquen o complementen”.

- ❖ 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 Dirección 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 segundo 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 (58) 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	2
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	58

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 (SEGUNDO SEMESTRE)**

Se realizó seguimiento a diecisiete (17) Procesos con un total de cincuenta y ocho (58) 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

EXCEL A CONTINUACION


PROCESO / OBJETIVO	RIESGO DE GESTION	No. CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	SEGUIMIENTO III TRIM	ESTADO	SEGUIMIENTO FINAL
GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	Posibilidad de pérdida Financiera, de imagen y destitución del representante legal por falta de monitoreo por parte de los líderes responsables al presentar información de fuentes no confiables, inoportunas y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales por pérdida de indicadores de gestión, incumpliendo la normatividad establecida.	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 evidencia cumplimiento al seguimiento de los indicadores de gestión del segundo trimestre a través de acta de Comité CIGD del mes de agosto el cual va al día de acuerdo a las fechas estipuladas 15 de agosto; así mismo plan de desarrollo se evidencia un acta de seguimiento del plan de acción con corte a 30 de junio a través del Comité CIGD del 30 de septiembre de 2021. El control está correctamente aplicado se ha cumplido con el objetivo para la fecha establecida.	En desarrollo	Se evidencia cumplimiento al seguimiento de los indicadores de gestión del segundo trimestre, con acta de Agosto
		2	Los profesionales de la Oficina de Planeación reportaran al Jefe de oficina de Planeación los resultados de la medición de cada indicador para la toma de decisiones.			
GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	Posibilidad de afectación disciplinarias, administrativas 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 en el tiempo establecido por la norma vigente.	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,	Esta actividad se cumplió en el primer trimestre 2021	Cerrado	Cerrado
		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.			

 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


GESTION DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	33-RG	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.	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 evidencia seguimiento trimestral a el plan de trabajo de MIPG a través de dos actas de CIGD de fecha 26 de agosto donde se da cierre al plan de trabajo MIPG 2020 y 9 de septiembre de 2021 donde se aprueba el plan de trabajo MIPG 2021. Se evidencia control aplicado correctamente y en las fechas establecidas	En desarrollo	Se evidencia seguimiento trimestral a el plan de trabajo de MIPG a través de dos actas de CIGD
			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.			
GESTION DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	34-RG	posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por envío inoportuno del lider en la información para publicación en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.	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 evidencia soporte de las comunicaciones publicadas en pagina web con corte a 30 de junio y act de CID del mes de agosto donde se presenta informe de las publicaciones en pagina web, teniendo en cuenta los soportes enviados y las fechas establecidas se da por cerradas satisfactoriamente las actividades planeadas	Cerrado	
			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			
GESTION DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan	35-RG	Rechazo de proyectos de inversión y Reprocesos por pérdida de historicos en proyectos de inversion y convenios para la generacion de antecedentes y justificación en nuevos	1	El jefe de la oficina de Planeación junto con el profesional apoyo a la oficina de planeación custodiaran las memorias digitales en la carpeta de la red interna de los proyectos y convenios de inversión realizados por la ESE ISABU.	Se evidencia como soporte cuadro de excell con los proyectos y convenios vigentes con la dirección donde se encuentran almacenado, sin embargo es importante que la oficina de control	En desarrollo	Control interno verificara el segundo control:El profesional especializado de sistemas generará copias de

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


Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.		necesidades debido a que 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.	interno indague respecto al segundo control: 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, puesto que de esto no se adjunta o evidencia soporte		seguridad
GESTIÓN CALIDAD OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	36-RG	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	1	El profesional de seguridad del paciente realizará rondas de seguridad del paciente de acuerdo a cronograma establecido para la vigencia en los servicios priorizados	Se evidencia ronda de seguridad realizada al tercer piso servicio de internación dando cumplimiento al primer control establecido y actas tanto del Comité de infecciones como de seguridad del paciente donde se presenta la gestión de eventos adversos y el resultado de los indicadores, cumpliendo a la fecha con los controles establecidos	En desarrollo	Se evidencia cumplimiento los controles establecidos
			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.			
GESTIÓN CALIDAD OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	37-RG	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 para el mejoramiento de la calidad pamec	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 evidencia actas de soporte de los seguimientos realizados de manera mensual de acuerdo a los procesos que requieren acompañamiento y pantallazo del correo enviado a los procesos solicitando los soportes trimestrales, se adjunta informe trimestral de seguimiento al Pamec III trimestre. Controles aplicados correctamente con corte a III trimestre.	En desarrollo	Se evidencia los seguimientos realizados de manera mensual y se adjunta informe trimestral de seguimiento al Pamec III trimestre.
			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.			

 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 CALIDAD OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	39-RG	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	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	El primer control fue aplicado en el primer semestre, se adjunta soporte del cargue de la autoevaluación de habilitación con la resolución 3100 de 2019 en la plataforma REPS, con esto se da cierre satisfactorio a esta actividad	Cerrado	
		2	Realizar autoevaluación de la resolución 3100 y actualización del portafolio de servicios en la plataforma reps antes del 31 de agosto de 2021				
GESTIÓN CALIDAD OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	39-RG	Pérdida de imagen, pérdida de contratos por parte de las eps, sanciones administrativas, por multa y anulación 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	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 evidencia cumplimiento al cronograma de auditorías internas por medio de los informes de los centros de salud y unidades faltantes, se adjunta un plan de mejoramiento del servicio de vacunación de acuerdo a hallazgos presentados, de acuerdo a fecha estipulada y soportes enviados se da por finalizada esta actividad cumplida satisfactoriamente	Cerrado	Se evidencia cumplimiento auditorías internas por medio de los informes de los centros de salud. Las unidades faltantes, adjuntan un plan de mejoramiento del servicio de vacunación de acuerdo a hallazgos presentados.
		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				
GESTIÓN CALIDAD OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las	40-RG	Posibilidad de Afectación de imagen, pérdida económica, por sanción del ente regulador, debido a resultado no confiable de indicadores de calidad, falta de base	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	Se realiza seguimiento mensual a los indicadores de oportunidad por parte de la profesional especializada calidad y notifica desviaciones a las directoras técnicas como soporte se	En desarrollo	Seguimiento mensual a los indicadores de oportunidad y se notifica desviaciones a las directoras técnicas. Se adjuntan

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


<p>necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>		<p>de datos inexactos, falta de automatización de informes en la ESE ISABU</p>	<p>2</p>	<p>La tecnico 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</p>	<p>adjuntan pantallazos de correos enviados, se realiza comité CIGD donde de manera trimestral se presentan y analizan los indicadores de calidad antes de reportarlos al ministerio de salud y protección social, en cuanto a los ajustes al generador de informes se realizó para ecografías en cirugía no se ha podido ajustar. Si embargo se puede evidenciar que los controles están aplicados y se hace un amplio análisis y depuración del dato, de tal manera los indicadores se han entregado puntualmente al ministerio con un dato verídico por lo que se evidencia cumplimiento efectivo de los controles. Los soportes están con corte a 30 de septiembre 2021</p>		<p>pantallazos de correos enviados, se realiza comité CIGD trimestral. Se evidencia que los controles están aplicados y los soportes están con corte a 30 de septiembre 2021</p>
			<p>2</p>	<p>La ingeniera ambiental realiza auditorías de acuerdo a cronograma establecido a la adherencia al Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGIRHS</p>			

 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 OBJETIVO: Garantizar personal competente que permita desarrollar correctamente los planes institucionales, estableciendo un Programa de Gestión Humana encaminada a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.	42-RG	Posibilidad de perdida de imagen y afectación disciplinaria, por sanción del organismo de control debido a incumplimiento del plan institucional de capacitación en la ESE ISABU	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 areas .	Se evidencia soportes de capacitaciones realizadas con corte a 30 de septiembre de acuerdo a cronograma.	En desarrollo	Se evidencia soportes de capacitaciones realizadas con corte a 30 de septiembre de acuerdo a cronograma
			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 ocn el cronograma y la medición de cobertura con planilla de asistencia			
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO OBJETIVO: Garantizar personal competente que permita desarrollar correctamente los planes institucionales, estableciendo un Programa de Gestión Humana encaminada a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.	43-RG	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	1	El profesional de nomina expedira comunicación en la cual se expongan los documtnos requeridos para el recobro de las incapacidades de EPS	Se evidencia matriz en excell con seguimiento mensual a incapacidades con corte a septiembre, control adecuadamente aplicado para la fecha	En desarrollo	Se evidencia seguimiento mensual a incapacidades con corte a septiembre.
			2	El profesional de nomina llevara un registro de las incapacidades recibidas y cuales han sido recobradas con exito			
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO OBJETIVO: Garantizar personal competente que permita desarrollar correctamente los planes institucionales, estableciendo un Programa de Gestión Humana encaminada a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.	44-RG	Posibilidad de perdida de imagen y económica por sanciones de entes de control y reclamación de los involucrados debido a el incumplimiento de los estandares minimos de SGSST	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 evidencia el cronograma y evidencias del cumplimiento a la fecha, se evidencia reporte de auditoria interna, control adecuadamente aplicado a la fecha	En desarrollo	Se evidencia control adecuadament e aplicado a la fecha, se evidencia reporte de auditoria interna
			2	El profesional de SST realizará proceso de auditoria interna con el fin de identificar los estandares minimos de SGSST			

 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


GESTION ATENCION AL USUARIO OBJETIVO: Garantizar la solución o respuesta oportuna, eficiente y eficaz a las necesidades de los usuarios con respecto a la solicitud de servicios, información, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de interés general o particular, tomando como punto de referencia la satisfacción del usuario, como un indicador de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que presta la ESE ISABU en concordancia con su misión.	45-RG	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	1	El profesional de atención al usuario realiza seguimiento diario al modulo de panacea de pqrs revisando las alertas que el modulo genera, así mismo realiza seguimiento y consolidación mensual de las pqrsf.	Se evidencia seguimiento a la respuesta oportuna de las pqrs para el tercer trimestre, se adjunta matriz de seguimiento por mes, mas indicadores de PQRS, Control adecuadamente aplicado para la fecha	En desarrollo	Se evidencia seguimiento a la respuesta oportuna y control adecuadamente aplicado para la fecha
			2	El profesional de atención al usuario aplicará los terminos de respuesta de acuerdo a la normatividad vigente			
ATENCION AMBULATORIOS OBJETIVO: Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición), Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.	46-RG	Posibilidad de perdida economica, perdida 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.	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 realiza seguimiento diario y mensual de los indicadores de oportunidad, diario por parte de las directoras técnicas, mensual por parte de la oficina de calidad, se evidencian pantallazos de los seguimientos, se evidencia informe de estrategia de reemplazo de inasistentes, y, matriz de seguimiento a inasistentes con corte a septiembre donde se evidencia disminución del porcentaje de inasistentes. Control efectivo y aplicado	En desarrollo	Se realiza seguimiento diario y mensual de los indicadores de oportunidad, control aplicado
			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			
ATENCION AMBULATORIOS OBJETIVO: Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición), Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE	47-RG	Posibilidad de perdida economica, afectación de la imagen, secuelas físicas o psicologicas 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	1	Las jefes de los centros de salud participan activamente en las capacitaciones programadas por seguridad del paciente	se evidencia participación en las capacitaciones dadas por el programa de seguridad del paciente y algunas capacitaciones dictadas por las jefes, se debe continuar fortaleciendo el liderazgo de la jefe del centro de salud en el programa de seguridad del paciente	En desarrollo	Se evidencia cumplimiento de los controles
			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			

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


ISABU.							
ATENCION AMBULATORIOS OBJETIVO: Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición), Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.	48-RG	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	1	La oficina asesora de planeación garantizará un plan efectivo de SISTEMAS DE INFORMACION para las operaciones misionales del ISABU.	Se evidencia soportes de asistencia técnica en mejoramiento de la historia clínica, sin embargo no se evidencia soportes claros de los controles propuestos	En desarrollo	Se recomienda replantear los controles para su fácil entendimiento, ya que los controles se mueven a otro proceso
			2	La oficina asesora de planeación ejecutará el Plan estratégico de tecnología de la información y las comunicaciones			
ATENCION AMBULATORIOS OBJETIVO: Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición), Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.	49-RG	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)	1	Directoras técnicas y Coordinadora de Promoción y Prevención Organizarán jornadas de PyP, según el ciclo de vida.	Se evidencia registro fotográfico de las actividades desarrolladas de pyp, acta de seguimiento a cumplimiento de metas y matriz de seguimiento. Control adecuadamente aplicado	En desarrollo	Control adecuadamente aplicado
			2	Directoras técnicas, Coordinadora de Promoción y Prevención y jefes de enfermería, Deben hacer seguimiento semanal a el cumplimiento de las actividades programadas a desarrollar de acuerdo a los diferentes ciclos de vida.			
GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de	50-RG	Perdida 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	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	Se aplica nuevamente lista de chequeo de 3100 en el mes de octubre de 2021 y se tiene programada segunda capacitación en 3100 para el 26 de noviembre de 2021, con lo cual se podrá	En desarrollo	Se evidencia la aplicación de los controles. Se cierra los controles a la entrega de evidencia de la capacitación del 26 de

 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


urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial		de la ESE ISABU	2	El lider del servicio con el apoyo de la oficina de calidad Aplica lista de chequeo de normatividad de habilitación dos veces al año	dar cierre a los controles programados		noviembre.
GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial	51-RG	Posibilidad de perdida economica, afectación de la imagen, por secuelas físicas o psicologicas 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	1	El personal del servicio de urgencias participa activamente en las capacitaciones programadas por seguridad del paciente	La jefe del servicio dentro de los grupos primarios ha sensibilizado al personal en el reporte de eventos adversos y se ha participado activamente en las actividades programadas, esta actividad con las evidencias aportadas se considera cerrada satisfactoriamente cumpliendo al 100% para la vigencia	Cerrado	Cumplimiento de Controles
			2	Las jefes del servicio de manera bimensual capacitan al personal en el programa de seguridad del paciente y en el reporte de eventos adversos en el software panacea			
GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de	52-RG	Posibilidad de afectación de imagen, afectación en la salud física y psicologica del usuario por demora en la atención inicial de urgencias debido a desconocimiento y falta de adherencia al	1	Capacitar al personal encargado del triage sobre la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social	Se ajustaron los tiempos de triage, se cuenta con un acta de reunión de socialización, se adoptó formato de evaluación de triage de la SSM, el cual es aplicado y se hace	Cerrado	Cumplimiento de 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


urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial		protocolo de atención en triage de acuerdo a la normatividad vigente en la ESE ISABU	2	La coordinadora del servicio evalúa mediante lista de chequeo la adherencia al protocolo institucional de Triage por parte personal encargado de la clasificación	seguimiento de manera mensual, se cuenta con catelera de clasificación triage, esta actividad de acuerdo a los soportes aportados se considera cerrada satisfactoriamente, 100% de cumplimiento		
GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial	53-RG	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	1	Realizar seguimiento y control de la accesibilidad y la resolutivez del servicio	Se hace seguimiento a la resolutivez y al tiempo de referencia a través de un tablero de indicadores de manera mensual, se realizan capacitaciones de acuerdo a cronograma establecido	En desarrollo	Cumplimiento de Controles
			2	Verificar el uso adecuado de los recursos (personal administrativo y asistencial, disponibilidad de citas, técnico, tecnológico) y la pertinencia de las remisiones y autorizaciones.			
GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial	54-RG	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	1	El programa de seguridad del paciente realiza inducción y reinducción del protocolo de administración segura de medicamentos al personal asistencial	Se evidencia una capacitación en administración segura de medicamentos para el segundo semestre con su respectiva evaluación dando cierre efectivo a estas acciones de mejoramiento al 100%	Cerrado	Cumplimiento de Controles
			2	El programa de seguridad del paciente evalúa al personal encargado de la administración de medicamentos mediante lista de chequeo			

 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 ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial	55-RG	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	1	Brindar educación a los usuarios respecto a los derechos y deberes que tienen dentro de la institución	Se continúa la capacitación en derechos y deberes, humanización, pendiente enviar los soportes, el protocolo de sujeción fue socializado en el primer semestre. Teniendo en cuenta los soportes evidenciados se da por cerrada las actividades planteadas con un 100% de cumplimiento	Cerrado	
			2	Socialización al personal del servicio sobre el protocolo de sujeción, con el objetivo de minimizar el riesgo de agresión			
GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial	56-RG	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	1	Realizar periódicamente mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos con el fin de mitigar daños y costos	Se evidencia soportes de cronograma de mantenimientos preventivo para el trimestre, la capacitación programada en uso adecuado de equipos biomédicos está planteada para el mes de diciembre 2021	En desarrollo	Se evidencia cronograma de mantenimientos preventivo, pero no evidencia el mantenimiento.
			2	Evaluación al personal asistencial sobre el uso correcto de equipos biomédicos, mediante lista de chequeo			
GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de	57-RG	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	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 evidencia soportes de desarrollo del cronograma de capacitaciones establecido con corte a octubre.	En desarrollo	

 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


urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial		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	2	Retroalimentar toda la auditoría de las historias clínicas en reuniones conjuntas con todo el personal médico.			
GESTIÓN DE INTERNACIÓN OBJETIVO: Garantizar el manejo pertinente, seguro y cálido a los usuarios que requieren del servicio de hospitalización para la recuperación de su salud, con altos estándares de calidad, seguridad y humanización del servicio.	58-RG	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	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	Se evidencia documento aprobado código: INA-PT-011, Protocolo de información a familiares, con respectiva acta de socialización, pendiente la evaluación	En desarrollo	Cumplimiento de controles.
			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.			
GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS OBJETIVO: Brindar una atención integral al usuario que requiere intervención quirúrgica para el tratamiento y recuperación de su estado de salud y /o atención Gineco-obstétrica de urgencias y atención del parto, realizando todos los procedimientos con parámetros de calidad, seguridad y atención humanizada cumpliendo con los lineamientos y misión institucional.	59-RG	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	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	Se evidencia el diligenciamiento del drive en conjunto consulta externa, sin embargo el riesgo se mantiene pues no ha aumentado el número de cirugías programadas	En desarrollo	Se evidencia el diligenciamiento o del drive en conjunto consulta externa, sin embargo el riesgo se mantiene pues no ha aumentado el número de cirugías programadas
			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			
GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS OBJETIVO: Brindar una atención integral al usuario que requiere intervención quirúrgica para el tratamiento y recuperación de su estado de salud y /o	60-RG	Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional, sanción disciplinaria por sanción el ente de control, pérdida de un equipo o insumos debido a falta de seguimiento correcto al diligenciamiento de	1	La líder de proceso de enfermería de cirugía y sala de partos realizarán 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 médicoquirúrgicos y medicamentos.	Se evidencia el diligenciamiento del seguimiento de los inventarios de equipo biomédico tanto en cirugía como en partos, al mes de octubre, pendiente envío de soportes	En desarrollo	Cumplimiento de 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


atención Gineco-obstétrica de urgencias y atención del parto, realizando todos los procedimientos con parámetros de calidad, seguridad y atención humanizada cumpliendo con los lineamientos y misión institucional.		los formatos por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno de los equipos biomédicos, insumos médicoquirúrgicos y medicamentos.	2	la líder de proceso de cirugía y sala de partos realizarán 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 médicoquirúrgicos		
GESTION APOYO TERAPEUTICO OBJETIVO: Garantizar los servicios oportunos de farmacia y rehabilitación relacionados con medicamentos, dispositivos médicos y tratamientos terapéuticos empleados en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y garantizar la seguridad de los usuarios de la Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.	61-RG	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.	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	Los controles se vienen aplicando adecuadamente, se evidencia los pedidos realizados en el trimestre, los casos de pacientes Covid-19 bajaron a 0 en el tercer trimestre por lo que no ha habido necesidad de aplicar el segundo control	En desarrollo
			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.		
PROCESO GESTION APOYO TERAPEUTICO OBJETIVO: Garantizar los servicios oportunos de farmacia y rehabilitación relacionados con medicamentos, dispositivos médicos y tratamientos terapéuticos empleados en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y garantizar la seguridad de los usuarios de la Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU	62-RG	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	1	La líder de apoyo terapéutico verifica semanalmente mediante planilla entrega de EPP y en caso de no entrega notificación inmediata.	se hace seguimiento a las entregas de EPP a los profesionales de Fisioterapia, se adjunta planillas de las entregas de los meses de agosto, septiembre y octubre. Igualmente en las visitas realizadas a los centros de salud se verifica el cumplimiento del uso de los EPP. se adjuntan lista de chequeo.	En desarrollo
			2	verificar cumplimiento de uso de EPP del profesional mediante lista de chequeo, en visita aleatoria a los centros de atención		

 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 DE APOYO DIAGNÓTICO OBJETIVO: Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Rx, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.	63-RG	Posibilidad de perdida 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	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 evidencia la aplicación del formato F-2007-13 lista de chequeo cedulas con corte a 31 de octubre diligenciado, se evidencia sensibilización y capacitación en el procedimiento de toma de muestras El control 1 va adecuadamente aplicado a la fecha y ha generado un impacto positivo en la mitigación del riesgo, el control 2 se aplicó correctamente y se evidencia cerrado y cumplido al 100%.	En desarrollo	Cumplimiento de controles
			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			
GESTIÓN APOYO DIAGNÓTICO OBJETIVO: Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Rx, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.	64-RG	Posibilidad de perdida 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.	1	El área biomedica garantizará la celebración de los contratos de mantenimiento anuales de los equipos radiológicos, 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 evidencia respectivos soportes de cumplimiento de los dos controles estipulados	En desarrollo	Cumplimiento de Controles
			2	El área de biomedica 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 líder del área garantizando así, su cumplimiento y ejecución.			
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, SUBPROCESO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OBJETIVO: Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la	65-RG	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación	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.	Cumplimiento de los controles como se indican en las notificaciones	En desarrollo	Cumplimiento de los controles como se indican en las notificaciones

 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


<p>Enfermedad de manera individual y colectiva, fomentando el autocuidado y detección oportuna de los signos de alarma, como mecanismos para mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar, comunitario, y del medio ambiente, mediante la adherencia en los momentos del curso de vida definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo y Atenciones Específicas, que permitan el cumplimiento de las acciones definidas, de conformidad con los requisitos de la población objeto contratada por la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>		<p>obligatoria por no de indentificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU</p>	2	<p>el auxiliar de enfermería del área de vigilancia epidemiológica realizara las busquedas activadas institucionales en los RIPS registros individuales de prestación de servicios para detectar posibles eventos de interes de salud publica en la ESE ISABU.</p>			
<p>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA OBJETIVO: Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de manera individual y colectiva, fomentando el autocuidado y detección oportuna de los signos de alarma, como mecanismos para mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar, comunitario, y del medio ambiente, mediante la adherencia en los momentos del curso de vida definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo y Atenciones Específicas, que permitan el cumplimiento de las acciones definidas, de conformidad con los requisitos de la población objeto</p>	66-RG	<p>Posibilidad de afectacion reputacional, disciplinaria por las demora de las acciones de vigilancia y control a corde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no de indentificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU</p>	1	<p>el auxiliar de enfermería del área de vigilancia verificar semanal y mensualmente los diagnósticos publicados en el sistema de información grantizando la notificación de los eventos de salud pública.</p>			
			2	<p>El auxiliar de enfermería del área de vigilancia epidemiológica realizara las busquedas activadas institucionales en los RIPS registros individuales de prestación de servicios para detectar posibles eventos de interes de salud publica en la ESE ISABU.</p>	<p>Se evidencia el cumplimiento de los controles, se adjunta como soportes las respectivas notificaciones mensuales de eventos de salud publica de julio a octubre</p>	En desarrollo	<p>Se evidencia el cumplimiento de los controles.</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


contratada por la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.							
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA OBJETIVO: Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de manera individual y colectiva, fomentando el autocuidado y detección oportuna de los signos de alarma, como mecanismos para mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar, comunitario, y del medio ambiente, mediante la adherencia en los momentos del curso de vida definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo y Atenciones Específicas, que permitan el cumplimiento de las acciones definidas, de conformidad con los requisitos de la población objeto contratada por la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.	67-RG	Pérdida económica, por multa o sanción por parte del ente de control, afectación reputacional, pérdida del biológico, debido a falta de adherencia a los protocolos de manejo de la cadena de frío en la ESE ISABU	1	La coordinadora PAI realiza capacitación de acuerdo a cronograma establecido y evaluación a todo el personal de vacunación en el manejo de la cadena de frío y plan de contingencia, incluyendo personal de esquema regular y vacunación Covid-19	Se evidencia informe elaborado por la Jefe Adriana Mantilla con el resultado de la aplicación de lista de chequeo a los servicios de vacunación priorizados	En desarrollo	Se evidencia cumplimiento de los controles
			2	La Coordinadora PAI realiza auditoría aleatoria de acuerdo a los centros de salud priorizados, de manera mensual, al control de la cadena de frío, a través de aplicación de lista de chequeo y genera un informe de análisis de los resultados			
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA OBJETIVO: Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de manera individual y colectiva, fomentando el	68-RG	Pérdida económicas por incumplimiento a las estimaciones programadas por eps para ejecución durante el periodo la insatisfacción del cliente externo debido a la falta de	1	La coordinadora de Promoción y prevención realizará seguimiento las actividades realizadas mensualmente por rips y por eps de los cumplimiento.	Se evidencia matriz de seguimiento a estimaciones con corte a 30 de septiembre porque la información sale de rips y a la fecha no estaban completos, sin embargo se puede evidenciar el	En desarrollo	Se evidencia matriz de seguimiento.

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


<p>autocuidado y detección oportuna de los signos de alarma, como mecanismos para mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar, comunitario, y del medio ambiente, mediante la adherencia en los momentos del curso de vida definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo y Atenciones Específicas, que permitan el cumplimiento de las acciones definidas, de conformidad con los requisitos de la población objeto contratada por la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>		<p>adherencia a la resolución 3280 del 2018 en la ESE ISABU</p>	2	<p>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</p>	<p>cumplimiento al seguimiento de las estimaciones por EPS</p>		
<p>GESTIÓN FINANCIERA ,SUBPROCESO CONTABILIDAD OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	69-RG	<p>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</p>	1	<p>La subgerencia administrativa, costos, contabilidad, revisan el calendario tributario para realizar el cierre de la información financiera.</p>			
			2	<p>El tesorero planea y reserva los recursos para los pagos teniendo en cuenta el calendario tributario</p>	<p>Se realiza revisión mensual y se notifica los vencimientos via whatsapp y correo, se ha garantizado el cumplimiento del calendario tributario así mismo se anexa pantallazo de los correos, por lo que se evidencia efectividad de los controles</p>	En desarrollo	Se evidencia cumplimiento de los controles
<p>GESTIÓN FINANCIERA , SUBPROCESO CONTABILIDAD OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas</p>	70-RG	<p>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</p>	1	<p>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</p>	<p>Se han presentado los informes en las fechas estipuladas y de manera oportuna lo que evidencia efectividad en los controles</p>	En desarrollo	Se evidencia cumplimiento 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


<p>en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>							
<p>GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO PRESUPUESTO OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	71-RG	<p>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.</p>	1	<p>El profesional de presupuesto garantiza el cumplimiento de procedimientos para mitigar el riesgo</p>	<p>Se realiza seguimiento al cumplimiento del presupuesto a través de informes de ejecución presupuestal se han ejecutado los controles de manera efectiva</p>	En desarrollo	<p>Se evidencia cumplimiento de los controles</p>
<p>GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO TESORERIA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	72-RG	<p>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.</p>	2	<p>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.</p>			
<p>GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO TESORERIA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	72-RG	<p>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.</p>	1	<p>El tesorero mínimo una vez por semana direccionaran a una persona que recaudará los valores existentes en cada uno de los puntos de recaudo de pago para minimizar el riesgo de pérdidas ,se dejara como soporte planilla de recaudo.</p>	<p>Este riesgo planteado se dirige a evitar la pérdida de recursos por robo de cajas menores o copagos, se plantearon 3 controles los cuales tienen sus respectivos soportes y evidencian la aplicación de los mismos además a la fecha el riesgo se ha mantenido controlado</p>	En desarrollo	<p>Los 3 controles evidencian cumplimiento</p>
<p>GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO TESORERIA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	72-RG	<p>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.</p>	2	<p>El Tesorero solicita a la Subgerencia Administrativa mantener actualizada la poliza para la persona que recauda los valores existentes en cada uno de los puntos de recaudo</p>			
<p>GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO TESORERIA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	72-RG	<p>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.</p>	3	<p>El apoyo Administrativo recibe la caja en el sistema panacea para confrontarlo frente al efectivo recaudado</p>			

 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


GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO TESORERIA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	73-RG	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.	1	El Tesorero solicita a la Oficina de Sistemas mantener actualizadas las consolas antivirus anualmente por parte de la oficina de sistemas	Se evidencian liencias vigentes y certificación de salvaguarda de la información	En desarrollo	Se evidencian liencias vigentes y certificación de salvaguarda de la información, se recomienda la verificación de los BK
			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			
GESTIÓN FINANCIERA, SUBPROCESO COSTOS OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	74-RG	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	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 evidencia costeo por sedes de los meses de junio, julio, agosto y septiembre	En desarrollo	Se evidencia cumplimiento de los controles
			2	El profesional de costos realizará un costeo 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.			
GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO FACTURACION OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo	75-RG	Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial en la radicación extemporanea de la facturación generadas por concepto de venta de servicios de salud,	1	La coordinadora de facturación realiza revision quincenal de la facturación generada vs la facturación preradicada	Se evidencia acta de conciliación y revisión de facturación de mayo a septiembre 2021	En desarrollo	Se evidencia cumplimiento 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
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		FECHA 30/07/2020
			VERSION 2.0


<p>con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>		<p>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.</p>	<p>2</p>	<p>La coordinadora de facturación realiza revisión de las cuentas preradicadas y devueltas para corrección</p>			
<p>GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO FACTURACION OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>76-RG</p>	<p>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.</p>	<p>1</p>	<p>Revisión de los cargos pendientes facturar (atenciones realizadas) realizados durante el mes.</p>	<p>Se evidencian acta de revisión de los cargos con el personal de facturación de septiembre y octubre 2021</p>	<p>En desarrollo</p>	<p>Se evidencia cumplimiento de los controles</p>
		<p>Revisión de los cargos dobles y realizar la respectiva anulación o la corrección, nuevo cargue</p>	<p>2</p>				
<p>GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO CARTERA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la</p>	<p>77-RG</p>	<p>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</p>	<p>1</p>	<p>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.</p>	<p>Se cuenta para este trimestre con soportes de la gestión realizada, de cada uno de los controles hay una evidencia, lo que evidencia cumplimiento de los controles</p>	<p>En desarrollo</p>	<p>Cumplimiento de los controles</p>
		<p>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.</p>	<p>2</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


información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución			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			
GESTION FINANCIERA - CARTERA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	78-RC	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 conciliación de glosa y liquidación de contratos a tiempo	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 cuenta para este trimestre con soportes de la gestión realizada, de cada uno de los controles hay una evidencia, lo que evidencia cumplimiento de los controles	En desarrollo	Cumplimiento de los controles
			2	LIQUIDACION DE CONTRATOS ; LIQUIDAR CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS MODALIDAD CAPITA Y EVENTO CON 3 EAPB CON LAS MAS REPRESENTATIVAS.			
			3	Cobro jurídico			

 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 GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución	79-RG	Posibilidad de Perdida 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	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	Se evidencia soportes de envío de correo invitando a capacitación, presentación power point, pantallazo de asistentes a reunión, sin embargo no se evidencia acta ni soportes de evaluación a los supervisores	Desarrollo
			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		
PROCESO GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución	80-RG	Posibilidad de perdida 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 terminos y procedimientos por parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU	1	El Jefe Oficina jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean repondidos dentro de los terminos 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 evidencia la matriz de seguimiento a los derechos de petición el informe se enviara en enero.	Desarrollo
			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		
PROCESO GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución	81-RG	Perdida 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	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 adjunta evidencia	Desarrollo
			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.		

 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 GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución	82-RG	Perdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias por partes de los entes de control debido a reporte extemporaneo a las plataformas del SECOP y SIA OBSERVA de los procesos contractuales en la ESE ISABU	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.	En desarrollo	Desarrollo	
			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.			
PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento total de maquinaria, equipos e insumos a las dependencias y centros de salud, según condiciones contratadas y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad	83-RG	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	1	El Jefe de almacen 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 advirtiendole 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	El control uno se cumple en el primer semestre, se evidencia soportes de las auditorias realizadas a los stock de insumos de los centros de salud y UIMIST, Esta actividad se considera cumplida al 100%.	Completo	Cumplimiento de los controles
			2	Realizar auditorias mensuales de acuerdo a cronograma establecido y a los centros de salud priorizados			
PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de	84-RG	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	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	Se evidencia acta de auditorias a 8 centros de salud respecto a inventarios, sin embargo de acuerdo a cronograma enviado en el primer semestre faltan dos centros de salud con corte a 30 de septiembre: Rosario y	En desarrollo	Se cumple con los controles, se recomienda efectuar Rosario y Santander para completar

 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

compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento total de maquinaria, equipos e insumos a las dependencias y centros de salud, según condiciones contratadas y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad		supervisión del contratista para que finalizado el contrato haga entrega efectiva de los bienes a su cargo		actualizado el inventario.	santander		
		2	El Jefe de almacén realiza auditorias trimestrales de acuerdo a 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 OBJETIVO: Implementar, soportar, mantener y respaldar el buen funcionamiento de los sistemas de información en cuanto a software y hardware: Así mismo, garantizar el buen funcionamiento de los equipos y evitar la instalación de software no original, por medio del administrador de sistemas, como mecanismo de control de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga.	85-RG	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	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 evidencia soporte de adquisición del firewall pendientes licencia antivirus, pro favor corroborar este dato	En desarrollo	Cumplimiento de controles
			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			
GESTIÓN DOCUMENTAL OBJETIVO: Gestionar el documento con el fin de garantizar su adecuada distribución, conservación y custodia con el propósito de disponer de la información oportunamente.	86-RG	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	1	El Líder del Proceso de Gestión Documental Solicita Informe mensual de Prestamos y entrega de Documentos e Información, de las Dependencias de la Archivos de Gestión, Central e Histórico con soporte registro en el formato Formato Acceso a Documentos e Información como Seguimiento al Cumplimiento del Procedimientos de Acceso a Documentos.	Se evidencian los respectivos soportes de los dos controles	En desarrollo	Se evidencia cumplimiento 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

		que tiene a cargo los Documentos en los Archivos de Gestion y Central	2	El Lider de Gestion Documental Solicita Registro del Formato de Acceso a Docuemntos e Informacion de seguimiento mensual de prestamos y entrega de Documentos e Informacion de la Dependencia de Archivo de Gestion, Central e Historico,			
GESTIÓN DE CONTROL INTERNO OBJETIVO: Fortalecer el Sistema de Control Interno a través de la verificación selectiva al cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, programas, planes, proyectos, metas de la institución, recomendando los ajustes necesarios producto de la evaluación y seguimiento, valoración de riesgos e incentivando la cultura de autocontrol que a través de la asesoría y acompañamiento le permita a la entidad alcanzar mayor eficiencia administrativa	87-RG	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 auditorias internas y externas realizadas en la entidad	1	El jefe de la oficina de gestión y control interno, implementará las acciones de seguimiento mediante la revisión periodica 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 evidencia implementación del formato de seguimiento a planes de mejoramiento cumpliendose con el control estipulado	En desarrollo	Cumplimientos de controles
GESTIÓN DE CONTROL INTERNO OBJETIVO: Fortalecer el Sistema de Control Interno a través de la verificación selectiva al cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, programas, planes, proyectos, metas de la institución, recomendando los ajustes necesarios producto de la evaluación y seguimiento, valoración de riesgos e incentivando la cultura de autocontrol que a través de la asesoría y acompañamiento le permita a la entidad alcanzar mayor eficiencia administrativa	88-RG	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 auditorias de la vigencia	1	El equipo de control interno realizará seguimiento al cronograma del plan anual de auditorias de la vigencia	Se evidencia plan anual de auditorias con sus respectivos seguimientos y requerimientos cumpliendo así con el control	En desarrollo	Cumplimientos de controles
			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 auditorias 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.
- Se puede observar de manera positiva que en los procesos, los controles asociados al control del riesgo, son efectivos.
- 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.
- Es de gran importancia que los soportes entregados por los líderes de los procesos como evidencia para validación de los controles, sean claros, coherentes y suficientes, para poder realizar la respectiva evaluación.

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.
- 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.
- Realizar capacitaciones a todos los funcionarios de acuerdo a la gestión de los riesgos de cada proceso, con el objetivo de apropiar el seguimiento y ejecución de los controles.
- 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 recomienda en el riesgo 48-RG, se modifiquen los controles ya que este riesgo se traslada al proceso de Planeación.

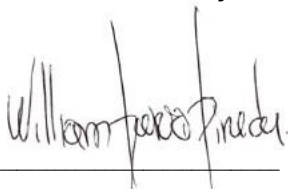
 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

- Se recomienda en el riesgo 56-RG, se tenga evidencia de los mantenimientos realizados de los equipos biomédicos.
- Se recomienda en el riesgo 73-RG, se evidencien licencias vigentes y certificación de las copias de seguridad con visto bueno por parte del Tesorero y así asegurar la integridad de la información o modificar el control que sea más específico.
- Se debe profundizar en la elaboración de los riesgos en la Gestión de las TIC's ya que actualmente en la ESE ISABU las TIC's es uno de los recursos imprescindibles para el funcionamiento operativo de la entidad y el cumplimiento de la misión.

Equipo Auditor,



CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
Jefe Oficina Gestión y Control Interno



WILLIAM FIGUEROA PINEDA
Profesional de Apoyo Control Interno