 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

1100-310-20
CI-53

Bucaramanga, 26 de marzo de 2022

Doctor
GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO
Gerente
ESE ISABU

Doctor
CAMILO ANDRÉS MALDONADO BAUTISTA
Jefe Oficina Planeación
ESE ISABU
Bucaramanga

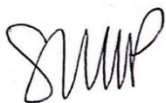
ASUNTO: Informe de Evaluación de Mapa de riesgos IV trimestre 2021

Apreciados Doctores,

Por medio de la presente me permito remitir para su conocimiento y fines pertinentes, informe de evaluación de mapa de riesgos correspondiente al IV trimestre de 2021.

Agradezco su atención.

Cordialmente



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

Elaboró: Silvia Juliana Pinzón Cuevas
Jefe Oficina de Control Interno

Firma _____

Radicado: **00001469**

Enviado: 26/03/2022 - 1:08 p.m.

ventanillaunica

ESE ISABU



**INFORME DE SEGUIMIENTO Y
EVALUACION**

CODIGO: 1300-CIN-F-006

VERSION: 2

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

PAGINA: 1-1

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control
Interno**INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN
INSTITUCIONAL DE LA E.S.E. ISABU IV TRIMESTRE VIGENCIA 2021****INTRODUCCIÓN**

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

Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno o quien haga sus veces, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.

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

En el marco de lo expuesto y el Rol de evaluación de la gestión del riesgo, se presenta el siguiente informe, correspondiente al IV trimestre de la vigencia 2021, teniendo en cuenta el mapa de riesgos de gestión institucional consolidada y la política de administración del riesgo de la E.S.E ISABU.

ALCANCE

Verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones y efectividad de los controles, definidos para el tratamiento de los riesgos institucionales identificados en cada uno de los procesos de la E.S.E ISABU, en lo correspondiente al IV trimestre de la vigencia 2021.

OBJETIVOS

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

MARCO NORMATIVO

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

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

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

- ❖ Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- ❖ Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.”
- ❖ Decreto 103 de 2015 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones”.
- ❖ Decreto 648 de 2017: Art. 17 “Roles Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces” artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: “De las Oficinas de Control Interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control”
- ❖ Ley 734 de 2002, (Código Único Disciplinario) artículo 34 numeral 31 “establece adoptar el Sistema de Control Interno y la función independiente de Auditoría Interna que trata la Ley 87 de 1993 y demás normas que la modifiquen o complementen”.
- ❖ 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.

DESARROLLO

La política de administración del riesgo y la guía para la administración del riesgo, proporciona los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, determinación de roles y responsabilidades de cada una de las líneas de defensa.

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

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG establece que esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico y de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.²

Como tercera línea de defensa, la oficina de Gestión y Control Interno, presenta el informe del tercer seguimiento de la vigencia 2021 efectuado al Mapa de Riesgos de Gestión Institucional de la E.S.E

² Manual operativo MIPG. 2021

ISABU, de acuerdo al consolidado de evidencias enviadas por la Oficina Asesora de Calidad y las solicitadas por la oficina de control interno.

• **MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN**

Se realizó seguimiento y evaluación a cincuenta y ocho (58) riesgos y sus controles, identificados en los diecisiete (17) procesos de gestión institucional, los cuales fueron formulados por cada uno de los líderes de proceso.

PROCESO	No. de Riesgos
1. Riesgos Gestión De Planeación Y Direccionamiento Estratégico	5
2. Riesgos De Gestión Calidad	6
3. Riesgos De Gestión Talento Humano	3
4. Riesgos De Gestión Atención Al Usuario	1
5. Riesgos De Gestión a Atención Ambulatorios	4
6. Riesgos De Gestión Urgencias	8
7. Riesgos Internación	1
8. Riesgos De Cirugía Y Atención De Partos	2
9. Riesgos Apoyo Terapéutico	2
10. Riesgos Apoyo Diagnostico	2
11. Riesgos Salud Publica	4
12. Riesgos Gestión Financiera	10
13. Riesgos Gestión Jurídica	4
14. Riesgos Recursos Físicos	2
15. Riesgos Gestión De Las Tics	1
16. Riesgos Gestión Documental	1
17. Riesgos Control Interno	2
TOTAL	58

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

• **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL - 2021 E.S.E ISABU (IV TRIMESTRE)**

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:

1. RIESGOS GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Este proceso tiene identificado cinco (05) riesgos, con la siguiente valoración:

R 31: Extremo **R 32:** Alto **R 33:** Moderado **R 34:** Alto **R 35:** Alto

1.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 31	Posibilidad de pérdida Financiera, de imagen y destitución del representante legal por falta de por parte de los líderes responsables al presentar información de fuentes no confiables, inoportuna y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales por pérdida de indicadores de gestión, incumpliendo la normatividad establecida.	El profesional de 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 el profesional especializado de Planeación realizará consolidación de los resultados del seguimiento realizado por el líder responsable de la medición de cada indicador.	Se evidencia formato denominado "Seguimiento de Plan de Acción del Plan de Desarrollo", en el cual se relacionan las acciones de seguimiento adelantadas para cada uno de los proyectos establecidos en los objetivos estratégicos. Del análisis de las evidencias entregadas a esta oficina, se determina un cumplimiento del plan de acción que corresponde al 97,5%, cumpliendo con el estándar definido para este indicador, el cual debe ser >= a 90%. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

			<p>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.</p>	<p>Se relaciona la presentación de informe de resultados del Plan de Acción 2021, que se presentó en el Comité de CIGD realizado en el mes de enero de 2022.</p> <p>Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.</p> <p>De igual manera se relaciona la presentación de informe de resultados del Plan de Acción 2021, que se presentó en el Comité de CIGD realizado el en el mes de enero de 2022.</p> <p>Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.</p>	100%
--	--	--	--	--	------

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 32	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.	El profesional apoyo al proceso del PAAC asesora a todos los líderes de procesos en la construcción del mapa de riesgos de corrupción, aplica encuestas a la ciudadanía y funcionarios para la construcción y consolidación de todos los componentes del PAAC	Se evidencia cumplimiento en el control en el primer trimestre del 2021, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		El jefe de la Oficina de Planeación revisa el PAAC y lleva al comité de CIGD para la aprobación y realiza publicación en la página web a 31 de enero de cada vigencia.	Se evidencia cumplimiento en el control en el primer trimestre del 2021, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 33	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 las líderes políticas.	La profesional Especializado de planeación realiza monitoreo mensual al cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de trabajo de MIPG del periodo establecido.	El control se cumple, ya que se presentó plantilla de seguimiento denominada "Plan de acción modelo integrado de planeación y gestión MIPG" (plantilla seguimiento aprobada por el Comité Municipal) en el cual se puede verificar que con corte a 31 de diciembre 2021 se programaron 25 actividades las cuales de acuerdo a la meta definida para esta fecha se dio cumplimiento del 100%. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		El jefe de la Oficina de Planeación junto con la profesional Especializado de planeación realiza seguimiento del Plan de trabajo de MIPG de forma trimestral a través del comité CIGD.	Se evidencia cumplimiento al control. Esta oficina de Control Interno participó en el comité de CIGD, en el cual se presentó seguimiento al plan de trabajo de MIPG. Se identifica el cumplimiento al control mediante la invitación y la presentación respectiva. El acta para la fecha se encuentra en elaboración.	100%

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 34	Posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por envío Inoportuno del líder en la información para publicación en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.	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 el cumplimiento en el control ya que el seguimiento se cerró el 30 de junio de 2021 con el primer seguimiento el cual tuvo un cumplimiento del 100%. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

			<p>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</p>	<p>Debido a que en el cuarto trimestre se realizó actualización de la página web en la sección de Transparencia en cumplimiento de los nuevos lineamientos estandarizados de publicación dados por la Resolución 1519 de 2020, la oficina asesora de planeación, presenta informe de apoyo a la supervisión técnica del contrato 1828 de 2021, el cual tiene por objeto el diseño de la página web en cumplimiento de la normativa legal, por lo tanto en virtud del seguimiento realizado al cumplimiento del contrato, la oficina asesora de planeación realizó el informe de seguimiento a las publicaciones de la página web. Se evidencia cumplimiento en el control.</p>	100%
--	--	--	---	--	------

GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 35	<p>Rechazo de proyectos de inversión y Reprocesos por pérdida de históricos proyectos de inversión y convenios para la generación de antecedentes y justificación en nuevas necesidades debido a que no se cuenta con un registro en el inventario documental de la institución</p>	<p>El jefe de la oficina de Planeación junto con el profesional apoyo a la oficina de planeación custodiara las memorias digitales en la carpeta de la red interna de los proyectos y convenios de inversión realizados por la ESE ISABU.</p>	<p>La oficina de Planeación presenta como evidencia, un cuadro en Excel, denominado "relación de proyectos – convenios o documentos" el cual se evidencia actualizado hasta la vigencia 2021. La profesional de apoyo determina que la Oficina de Planeación tiene en custodia los documentos de proyectos de inversión ejecutados a través de convenios con la alcaldía de Bucaramanga y estudios médico técnicos, documentos almacenados en la Carpeta P de la NAS de la entidad, la cual se encuentra actualizada a la vigencia 2021. Se evidencia cumplimiento en el control, evitando la materialización del riesgo.</p>	100%
		<p>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.</p>	<p>Se evidencia CERTIFICACIÓN la cual dispone que la oficina de sistemas realiza periódicamente copias de seguridad, a 31 de diciembre de 2021 tiene una relación de 9 carpetas con la documentación respectiva de cada proyecto y estudio médico técnico, dando un cumplimiento al indicador del 100%. Se evidencia cumplimiento en el control.</p>	100%

2. RIESGOS GESTIÓN DE CALIDAD

Este proceso tiene identificado seis (06) riesgos, con la siguiente valoración:

R 36: Extremo **R 37:** Extremo **R 38:** Extremo **R 39:** Extremo **R 40:** Alto **R 41:** Extremo

2.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE CALIDAD				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 36	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	El profesional de seguridad del paciente realizará rondas de seguridad del paciente de acuerdo al cronograma establecido para la vigencia en los servicios priorizados	Se evidencian actas de rondas de seguridad de acuerdo a prioridad en centros de salud en los siguientes puntos de atención: Zona Sur, Villarosa y Rosario, HLN y UIMIST. De igual manera se evidencia acta de comité integrador de seguridad del paciente de fecha 26/10/2021 finalizando así las actividades planteadas para el año satisfactoriamente. Se puede comprobar cumplimiento en el control, las rondas sirven de soporte para evidenciar posibles falencias y corregirlas, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		El profesional de seguridad del paciente mide y consolida los indicadores de seguridad del paciente y se realiza análisis en el Comité integrador de seguridad del paciente e Infecciones y se generan planes de mejoramiento los cuales se les hace el respectivo seguimiento desde el programa de seguridad del paciente.	Se anexo como evidencia acta de "Comité integrador de seguridad del paciente" de fecha 26 de octubre de 2021, acompañado de listado de asistencia. Con esto se finaliza con las actividades planteadas para el año de manera satisfactoriamente. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

GESTIÓN DE CALIDAD				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 37	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 auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC	<p>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</p>	<p>Se presenta como evidencia del cumplimiento del control las siguientes actas: 1. Acta de Auditoria de seguimiento a PAMEC y cumplimiento a actividades de control para los riesgos de Gestión, a laboratorio clínico, acompañada de su respectivo registro de control de asistencia. 2. Acta de Auditoria de seguimiento a PAMEC y cumplimiento a actividades de control para los riesgos de Gestión, a cirugía y partos, acompañada de su respectivo registro de control de asistencia. 3. Acta de Auditoria de seguimiento a PAMEC y cumplimiento a actividades de control para los riesgos de Gestión, radiología, acompañada de su respectivo registro de control de asistencia. 4. Acta de Auditoria de seguimiento a PAMEC y cumplimiento a actividades de control para los riesgos de Gestión, a urgencias, acompañada de su respectivo registro de control de asistencia. 5. Acta de Auditoria de seguimiento a PAMEC y cumplimiento a actividades de control para los riesgos de Gestión, a internación, acompañada de su respectivo registro de control de asistencia.</p> <p>Igualmente se puede evidenciar un informe de cierre final PAMEC con un porcentaje de cumplimiento óptimo 98%.</p> <p>Se evidencia cumplimiento en el control al no materializarse el riesgo, se demuestra que el control es efectivo.</p>	100%
		<p>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.</p>	<p>Para cumplimiento de la actividad, el área presenta actas de Auditoria de seguimiento a Pamec y cumplimiento a actividades de control para los riesgos de Gestión, correspondientes al periodo evaluado. Las actas se acompañan de la planilla de asistencia.</p>	100%



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

CODIGO: 1300-CIN-F-006

VERSION: 2

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

PAGINA: 10-1

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

				Se evidencia el cumplimiento del control toda vez que la auditoría que se realiza le permite a la profesional de Calidad monitorear el avance en compromisos del Pamec y prestar asistencia técnica respecto a los controles de riesgos de gestión de las diferentes áreas con el fin de ir cerrando las acciones planteadas. Al no materializarse el riesgo, se refleja la efectividad del control.	
--	--	--	--	--	--

GESTIÓN DE CALIDAD				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 38	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	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	La oficina de Calidad realizó el diagnóstico respectivo en el primer semestre del año, necesario para realizar la autoevaluación. Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		Realizar autoevaluación de la resolución 3100 y actualización del portafolio de servicios en la plataforma reps antes del 31 de agosto de 2021	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. Esta actividad se cumplió en el tercer trimestre de 2021, por lo tanto, se evidencia cumplimiento en el control, al no presentarse materialización del riesgo.	100%

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

GESTIÓN DE CALIDAD				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 39	Pérdida de imagen, perdida de contratos por parte de las EPS, sanciones administrativas, por multa y sanción 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	El profesional asignado a habilitación, realizará un cronograma de auditoria interna para la verificación de cumplimiento de la resolución 3100 en todas las sedes y servicios de la ESE ISABU	Esta actividad se cumplió en el primer semestre del 2021, se realizó cronograma para la realización de auditorías internas de verificación de cumplimiento de la resolución 3100 en todas las sedes y servicios. El cumplimiento de la actividad demuestra que el control es efectivo y minimiza la materialización del riesgo.	100%
		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	Esta actividad se cumplió en el primer semestre de 2021. Se evidencian actas de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento, derivados de la auditoría realizada a las sedes y servicios. El cumplimiento de la actividad demuestra que el control es efectivo.	100%

GESTIÓN DE CALIDAD				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 40	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	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 evidencia acta de Comité CIGD del mes de enero donde se analizaron los indicadores del cuarto trimestre, el generador de informes está funcionando adecuadamente, por lo tanto se da cumplimiento a la actividad. Este control resulta efectivo por lo tanto se está minimizando la materialización del riesgo.	100%
		El técnico de sistemas y el jefe de calidad realizará revisión y depuración de la base de datos para poder generar los indicadores de calidad de manera mensual	Se evidencia acta de Comité CIGD del mes de enero donde se analizaron los indicadores del cuarto trimestre, generándose los indicadores de manera correcta. Esta actividad se cumplió en su totalidad, lo que demuestra la efectividad del control.	100%

GESTIÓN DE CALIDAD - SUBPROCESO GESTION AMBIENTAL

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 41	Posibilidad de pérdida económica, por sanción o multa del ente de control, aumento del pesaje de los residuos biológicos, debido a inadecuada segregación de residuos por parte del personal asistencial	La Ingeniera ambiental realiza capacitación y evaluación continua al personal de acuerdo al cronograma de capacitación y teniendo en cuenta los servicios más álgidos, retroalimentación por parte de la jefe el servicio a todo personal asistencial mínimo semestralmente o cada vez que ingrese personal nuevo al servicio o centro de salud, a través de un video que se instalará en los computadores de los servicios y centros de salud	Con el fin de dar cumplimiento al control, la ingeniera ambiental presenta actas de capacitaciones realizadas en los meses de noviembre (2) y diciembre (3) de 2021. Se verifica en cada una de ellas el formato de asistencia debidamente firmado. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		La ingeniera ambiental realiza auditorias de acuerdo al cronograma establecido a la adherencia al Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGRHS	Para dar cumplimiento al control, la ingeniera ambiental anexa acta de las auditorías realizadas en el mes de noviembre (7) y en diciembre (8) de 2021, en las se evidencia el respectivo registro de los hallazgos y las acciones de mejora para cada uno de ellos. Se evidencia cumplimiento en la actividad, lo que demuestra la efectividad del control.	100%

3. RIESGOS GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Este proceso tiene identificado tres (03) riesgos, con la siguiente valoración:

R 42: Alto R 43: Alto R 44: Alto

3.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

TALENTO HUMANO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 42	Posibilidad de pérdida de imagen y afectación disciplinaria, por sanción del organismo de control debido a incumplimiento del plan institucional de capacitación en la ESE ISABU	El profesional de talento humano consolidará y proyectará el cronograma anual de capacitaciones en el mes de enero, de acuerdo a las necesidades de capacitación de las diferentes áreas.	Para evidenciar el cumplimiento de este control, se presenta archivo en Excel, en el cual se puede ver el cronograma de capacitaciones para la vigencia 2021, verificándose los priorizados, responsables, cronograma estimado, entre otros aspectos. Se puede identificar resolución por medio de la cual se adopta el Plan Institucional de Capacitación. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		El profesional de talento humano realizará seguimiento mensual al desarrollo del cronograma anual de capacitación a través de la solicitud de evidencias y la confrontación con el cronograma y la medición de cobertura con planilla de asistencia	Como evidencia del cumplimiento del control, se evidencia actas, cronogramas, fotografías y pantallazos por cada una de las áreas y por cada una de las capacitaciones contenidas en el plan de capacitaciones. Se evidencia cumplimiento en la actividad lo que demuestra la efectividad del control.	100%

TALENTO HUMANO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 43	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	El profesional de nómina expedirá comunicación en la cual se expongan los documentos requeridos para el recobro de las incapacidades de EPS	Se evidencia circular 007-2021 de agosto 05 de 2021, en el cual se imparten los lineamientos para las incapacidades. Circular firmada por la profesional universitaria de Talento Humano. El control resulta efectivo toda vez que se socializa con los funcionarios públicos, el procedimiento y trámite para reconocimiento, liquidación, pago y recobro de incapacidades. Esto minimiza la probabilidad de materialización del riesgo.	100%

			El profesional de nómina llevara un registro de las incapacidades recibidas y cuales han sido recobradas con éxito	Se evidencia cuadro en Excel del seguimiento del proceso en el que se encuentra cada incapacidad de la vigencia evaluada. Para diciembre de 2021 el 70% de las incapacidades se recobraron, el restante se encuentra en proceso. El control resulta efectivo para determinar las incapacidades que se deben gestionar y las actuaciones a seguir en cada caso en particular, esto minimiza la probabilidad de materialización del riesgo.	100%
--	--	--	--	---	------

TALENTO HUMANO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 44	Posibilidad de pérdida de imagen y económica por sanciones de entes de control y reclamación de los involucrados debido al incumplimiento de los estándares mínimos de SGSST	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	Como cumplimiento del control, se presenta un archivo en Excel en el cual se identifica el plan de trabajo completo para SGSST vigencia 2021. Se evidencia cumplimiento en la actividad, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		El profesional de SST realizará proceso de auditoría interna con el fin de identificar los estándares mínimos de SGSST	Se evidencia informe de cumplimiento de actividades del año 2021, en el cual se determina que el plan de trabajo se cumplió en un 98% de la actividades determinadas en la resolución 0312 de 2019. El control resulta efectivo toda vez que no se materializó el riesgo.	100%

4. RIESGO GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R 45: Alto

4.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

ATENCIÓN AL USUARIO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 45	Posibilidad de afectación económica, disciplinaria, legal, de imagen, por sanción del ente regulador y/o de control, demandas debido a no dar respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos en los términos de ley en la ESE ISABU	El profesional de atención al usuario realiza seguimiento diario al módulo de panacea de PQRS revisando las alertas que el módulo genera, así mismo realiza seguimiento y consolidación mensual de las PQRSF.	Para el cumplimiento del control mensual de las PQRSF, se presenta informe correspondiente al cuarto trimestre de 2021. Se evidencia las actividades ejecutadas en el 4 trimestre de 2021 con respecto a la estrategia del programa SIAU. Igualmente se identifica archivo en Excel en el cual se miden aspectos de relevancia para el seguimiento de las PQRS de la entidad. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		El profesional de atención al usuario aplicará los términos de respuesta de acuerdo a la normatividad vigente	Como evidencia de este control, en el informe correspondiente al IV trimestre, se identifica un acápite en el que el profesional de atención al usuario determina que: "Dando cumplimiento a la circular 08 de la súper se da respuesta en un plazo máximo de 5 días a las PQRS que no sean riesgo de vida, también se trasladan las que no son de nuestra competencia." Se evidencia cumplimiento en el control, toda vez que no se materializó el riesgo.	100%

5. RIESGO GESTIÓN AMBULATORIA

Este proceso tiene identificados cuatro (04) riesgo, con la siguiente valoración:

R 46: Extremo R 47: Extremo R 48: Alto R 49: Moderado

5.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

ATENCIÓN AMBULATORIOS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 46	"Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a inoportunidad en la asignación de citas de medicina general y odontología por extensión en los tiempos de consulta para dar cumplimiento en la normatividad vigente."	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 evidencia documento en Excel en el cual se realiza el monitoreo de oportunidad de manera semanal para medicina general y odontología. Para el seguimiento mensual la oficina de calidad envía tablero de indicadores con la oportunidad mensual. Los controles son efectivos toda vez que los informes enviados por la oficina de calidad le sirven de insumo para que las directoras técnicas tomen correctivos en cuanto a la oportunidad y verificar el cierre de brechas y las acciones a tomar.	100%
		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	Se evidencia pantallazos de la agenda, en la cual se puede determinar que respecto al paciente que no asistente a la cita, es reemplazado por otro que este en sala o que este programado y quiere adelantar la cita. Este control sirve para evitar tiempos perdidos de los médicos y mejorar la oportunidad en las citas.	100%

ATENCIÓN AMBULATORIOS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 47	"Posibilidad de pérdida económica, afectación de la imagen, secuelas físicas o psicológicas leve o grave del paciente, por demanda penal, glosa de la EPS, sanción del ente regulador debido al incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la ESE ISABU"	Las jefes de los centros de salud participan activamente en las capacitaciones programadas por seguridad del paciente	Las actas vienen acompañadas de su respectivo registro de asistencia lo que determina que todas las personas invitadas e interesadas participan en la socialización. Este control garantiza capacitación en el tema y evita eventos adversos.	100%
		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	Para demostrar el cumplimiento de este control, se relaciona cuatro (4) actas de socialización del instructivo de reporte de eventos adversos y software en PANACEA a todo el personal de los centros de salud de la ESE ISABU.	100%

ATENCIÓN AMBULATORIOS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 48	"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"	La oficina asesora de planeación garantizara un plan efectivo de SISTEMAS DE INFORMACION para las operaciones misionales del ISABU.	Como cumplimiento de este control, se evidencia acta de CIGD del mes de diciembre, donde se revisan ajustes al software de historia clínica y mejora del software panacea. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		La oficina asesora de planeación ejecutara el Plan estratégico de tecnología de la información y las comunicaciones	Con el fin de demostrar cumplimiento de este control, se expone acta de CIGD del mes de diciembre donde se realiza seguimiento a los avances de las actividades de mejoramiento del software PANACEA. Se evidencia cumplimiento en el actividad lo que demuestra efectividad en el control para evitar la materialización del riesgo.	100%

ATENCIÓN AMBULATORIOS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 49	"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)"	Directoras técnicas y Coordinadora de Promoción y Prevención organizaran jornadas de PyP, según el ciclo de vida.	Para el cumplimiento de este control, se evidencia oficio de cronogramas de jornadas Rosa en la ESE ISABU, de igual manera se demuestra un cronograma de las jornadas de promoción y prevención. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		Directoras técnicas, Coordinadora de promoción y Prevención y jefes de enfermería, deben hacer seguimiento semanal al cumplimiento de las actividades programadas a desarrollar de acuerdo a los diferentes ciclos de vida.	Se evidencia actas de los meses evaluados, donde se socializan el cumplimiento de las metas y la matriz de seguimiento de cumplimiento de actividades por ciclos de vida. Esto permite realizar un seguimiento y buscar estrategias para lograr el cumplimiento a estas metas. El cumplimiento del control minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

6. RIESGO GESTIÓN DE URGENCIAS

Este proceso tiene identificados ocho (08) riesgos, con la siguiente valoración:

R 50: Extremo **R 51:** Extremo **R 52:** Alto **R 53:** Extremo **R 54:** Extremo **R 55:** Alto **R 56:** Moderado **R 57:** Alto

6.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE URGENCIAS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 50	Pérdida de imagen, afectación económica, pérdida de habilitación por sanción del ente regulador debido al Incumplimiento en la normatividad vigente de habilitación en el servicio de urgencias de la ESE ISABU.	La oficina de calidad capacitará al líder del servicio y su equipo de trabajo en la normatividad vigente de habilitación dos veces al año	Con el fin de demostrar el cumplimiento del control, se presenta acta de comité primario en el cual se socializó los procesos prioritarios institucionales actualizados, las rutas de salud mental, violencia y la correcta notificación en vigilancia a todo el personal del servicio de urgencias del Hospital Local del Norte. Se trata de la segunda capacitación realizada en el mes de noviembre de 2021, enfocada en atención de auditoria de habilitación. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		El líder del servicio con el apoyo de la oficina de calidad Aplica lista de chequeo de normatividad de habilitación dos veces al año	En el mes de noviembre se realizó auditoria por parte de la secretaria de Salud del Departamento, en esta instancia se aplicó la lista de chequeo de habilitación correspondiente para el mes evaluado. Se evidencia informe de visita. El cumplimiento de la actividad demuestra la efectividad del control, ya que no se materializó el riesgo.	100%

GESTIÓN DE URGENCIAS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 51	"Posibilidad de pérdida económica, afectación de la imagen, por secuelas físicas o psicológicas leve o grave del paciente, demanda penal, glosa de la EPS, sanción del ente regulador debido al incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la ESE ISABU"	El personal del servicio de urgencias participa activamente en las capacitaciones programadas por seguridad del paciente	<p>Para el cumplimiento del control, se evidencia acta de socialización de 14 de diciembre de 2021, relacionada con las estrategias del programa de seguridad del paciente en los servicios de sala de partos, cirugía, urgencias de las unidades hospitalarias UIMIST-HLN, con su respectivo registro de asistencia a invitados e interesados.</p> <p>Se evidencia cumplimiento en el control, lo que minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.</p>	100%
		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	<p>Para el cumplimiento del control, se evidencia acta de socialización de 14 de diciembre de 2021, relacionada con las estrategias del programa de seguridad del paciente en los servicios de sala de partos, cirugía, urgencias de las unidades hospitalarias UIMIST-HLN.</p> <p>Se enfatizó en socializar el programa de seguridad del paciente Promoviendo una cultura de seguridad a todas las áreas asistenciales. Incluir en los procesos de atención la aplicación permanente de las barreras de seguridad para identificar y controlar los riesgos.</p> <p>Se evidencia cumplimiento en el control, lo que minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.</p>	100%

GESTIÓN DE URGENCIAS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 52	Posibilidad de afectación de imagen, afectación en la salud física y psicológica del usuario por demora en la atención inicial de urgencias debido a desconocimiento y falta de adherencia al protocolo de atención en triage de acuerdo a la normatividad vigente en la ESE ISABU	Capacitar al personal encargado del triage sobre la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social	Esta actividad se ejecutó en III trimestre. Se evidencia acta de socialización del procedimiento de triage del 3 de agosto de 2021. El cumplimiento en la actividad minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		La coordinadora del servicio evalúa mediante lista de chequeo la adherencia al protocolo institucional de Triage por parte personal encargado de la clasificación	Esta actividad se ejecutó en III trimestre. Se registra acta de socialización del procedimiento triage del 3 de agosto del 2021. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

GESTIÓN DE URGENCIAS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 53	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	Realizar seguimiento y control de la accesibilidad y la resolutivez del servicio	Para cumplir con el cumplimiento del control, se evidencia archivo en Excel en el cual se muestra el seguimiento a indicadores de la secretaria de salud y medio ambiente de Bucaramanga, vigentes para la vigencia 2021. Se evidencia cumplimiento de la actividad, lo que demuestra que el control es efectivo, toda vez que el riesgo no se materializó.	100%
		Verificar el uso adecuado de los recursos (personal administrativo y asistencial, disponibilidad de citas, técnica, tecnológica) y la pertinencia de las remisiones y autorizaciones.	Dentro de los indicadores al Pamec, se relaciona el indicador de oportunidad en la resolución de pacientes atendidos en el servicio de urgencias. Este control permite hacer seguimiento al número de pacientes que se les resolvió la remisión antes de 12 horas. El control resulta efectivo toda vez que se permite la toma de decisiones y minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

GESTIÓN DE URGENCIAS

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 54	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.	El programa de seguridad del paciente realiza inducción y reinducción del protocolo de administración segura de medicamentos al personal asistencial	Esta actividad se ejecutó en III trimestre. Se evidencia acta de socialización y evaluación del protocolo de administración segura de medicamentos del mes agosto de 2021. Se evidencia cumplimiento en la actividad lo que demuestra que el control es efectivo.	100%
		El programa de seguridad del paciente evalúa al personal encargado de la administración de medicamentos mediante lista de chequeo	Esta actividad se ejecutó en III trimestre. Se evidencia acta de socialización y evaluación del protocolo de administración segura de medicamentos del mes agosto de 2021. Se evidencia cumplimiento en la actividad lo que demuestra que el control es efectivo.	100%

GESTIÓN DE URGENCIAS

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 55	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	Brindar educación a los usuarios respecto a los derechos y deberes que tienen dentro de la institución	Esta actividad se ejecutó en III trimestre. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		Socialización al personal del servicio sobre el protocolo de sujeción, con el objetivo de minimizar el riesgo de agresión	Esta actividad se ejecutó en III trimestre. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

GESTIÓN DE URGENCIAS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 56	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	Realizar periódicamente mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos con el fin de mitigar daños y costos	Se evidencia Cronograma de mantenimiento biomédico por servicios, cumplidos al 100% para el periodo evaluado. El control es efectivo toda vez que permite el funcionamiento en perfecto estado de los equipos para la mejor prestación del servicio.	100%
		Evaluación al personal asistencial sobre el uso correcto de equipos biomédicos, mediante lista de chequeo	Esta actividad no se realizó en su totalidad. Es necesario que esta actividad se realice para la vigencia 2022, con el fin de evaluar su efectividad. Sin embargo se resalta que el riesgo no se materializó.	0%

GESTIÓN DE URGENCIAS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 57	Posibilidad de pérdida económica, por demanda o sanción del ente de control, afectación de la salud y/o muerte del usuario por reingreso del paciente por el mismo diagnóstico antes de las 72 horas al servicio de urgencias debido a falta de adherencia a las guías y protocolos de atención, falta de información clara al usuario al momento del egreso	Capacitación continua al personal médico de las principales causas de consulta y urgencias para unificar criterios y ajustarse a las guías y protocolos del ministerio.	Se presentan actas de capacitación continua en donde se desarrolla el cronograma de capacitaciones dando cumplimiento a lo programado en el año. Para el cumplimiento de este control se evidencia acta de capacitación en diversos temas, acta de 25 de noviembre de 2021. Se evidencia cumplimiento en el control, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		Retroalimentar toda la auditoria de las historias clínicas en reuniones conjuntas con todo el personal médico.	Para el cumplimiento de este control se evidencia acta de capacitación en diversos temas, fechada el 25 de noviembre de 2021, en la cual en grupo primario se realizó la retroalimentación de los resultados de las auditorías al personal médico.	100%

7. RIESGO GESTIÓN DE INTERNACIÓN

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R 58: Alto

7.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE INTERNACIÓN				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 58	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	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.	Para el cumplimiento de este control, se evidencia actas de noviembre de 2021, en la cual se socializa el protocolo de información a pacientes hospitalizados, al personal UCI. Se anexa pantallazos y listado de asistencia. Se evidencia cumplimiento en la actividad, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		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.	Se evidencia planilla donde se lleva el registro de las llamadas realizadas y la información entregada a los familiares de usuarios de la UCI. El Control resulta efectivo ya que se brinda la información del paciente a sus familiares de manera efectiva, minimizando la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

8. RIESGO GESTIÓN DE CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS

Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R 59: Alto **R 60:** Extremo

8.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 59	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.	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	En el cumplimiento de este control, se evidencia un archivo (drive) en el cual se relaciona el diligenciamiento de consulta externa, observando aumento en las cirugías programadas Se evidencia cumplimiento en la actividad, demostrando que el control es efectivo, minimizando la posibilidad de materialización del riesgo	100%
		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	Se evidencia seguimiento telefónico a los pacientes con orden de cirugía. El control resulta efectivo ya que logra captar al usuario para cirugía.	100%

GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 60	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 los formatos por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno de los equipos biomédicos, insumos medico quirúrgicos y medicamentos.	La líder de proceso de enfermería y sala de partos realizaran seguimiento y control diario del correcto diligenciamiento de los formatos por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno de los equipos biomédicos, insumos medico quirúrgicos y medicamentos.	Para el cumplimiento de este control, se evidencia formatos correspondientes a los meses de noviembre y diciembre de 2021, denominados "lista de chequeo del servicio sala de partos HLN" en el cual se demuestra el control diario diligenciado por cada turno. Se evidencia cumplimiento en la actividad, lo que demuestra que la aplicación de los controles minimiza la posibilidad de materialización del riesgo	100%
		la líder de proceso de enfermería y sala de partos realizaran las medidas correctivas referente al no diligenciamiento de los formatos por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno de los equipos biomédicos, insumos medico quirúrgicos	Se evidencia formato de control de inventarios de noviembre y diciembre en sala de partos. El control resulta efectivo ya que evidencia la verificación del inventario en cada cambio de turno, minimizando la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

9. RIESGO GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO

Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R 61: Extremo **R 62:** Alto

9.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 61	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.	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	Para el cumplimiento de este control, en el mes de noviembre y diciembre, apoyo terapéutico anexa un documento para cada mes, en el cual se analiza que, debido a la disminución de la ocupación en la Unidad de Cuidados Intensivos, con las existencias es suficiente para cubrir la demanda y cualquier otro tipo de eventualidad. Seguidamente se relacionan las existencias con las que se cuentan para cada mes. En este orden de ideas, el control resulta efectivo, pues apoyo terapéutico analiza sus existencias, determinando su suficiencia para los periodos de tiempo determinados, por lo anterior, se puede evidenciar la efectividad del control ya que se minimizó la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		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.	En el periodo evaluado no se evidencio desabastecimiento de medicamentos o dispositivos médicos, por lo tanto el control no fue aplicado. Sin embargo, en los periodos anteriores el control resultó efectivo y se evidenció cumplimiento en la actividad, toda vez que se logró minimizar la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 62	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	La líder de apoyo terapéutico verifica semanalmente mediante planilla entrega de EPP y en caso de no entrega notificación inmediata.	Se evidencia un listado de chequeo de entrega de elementos de protección personal, correspondiente a los meses evaluados, se puede verificar en la lista todos los implementos de seguridad entregados a diferentes centros de salud o unidad operativa. El control resulta efectivo pues se verifica de manera directa la entrega de los elementos de protección personal, verificándose que se entregan los mismos, minimizando la materialización del riesgo.	100%
		verificar cumplimiento de uso de EPP del profesional mediante lista de chequeo, en visita aleatoria a los centros de atención	Para el cumplimiento de este control, se evidencia informe en el cual se relacionan registros fotográficos y evidencias del uso de los elementos de seguridad en diferentes centros de salud o puntos donde se presta el servicio. El control resulta efectivo, toda vez que se puede evidenciar un seguimiento y un cumplimiento efectivo del uso de los implementos de seguridad en la ESE ISABU. Esto se verifica para los periodos evaluados. Se evidencia un cumplimiento de 100% de la meta, minimizando la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

10. RIESGO GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO

Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R 63: Extremo **R 64:** Extremo

10.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 63	Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por demanda penal debido a evento adverso por entrega incorrecta de resultados debido a falta de adherencia al procedimiento de toma de muestras de laboratorio clínico	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 que en efecto el profesional de laboratorio aplica la lista de chequeo, resulta efectivo el control ya que según archivo en Excel la meta se cumplió a conformidad, minimizando la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		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	Se evidencia acta de grupo primario donde se socializa y evalúa el procedimiento de toma de muestras de laboratorio. El control resulta efectivo toda vez que se cumple con los procedimientos en su totalidad, minimizando la materialización del riesgo.	100%

GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 64	Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional, sanción disciplinaria por inoperabilidad parcial y/o total de un equipo de imagenología debido a falta de seguimiento o inexistencia de su respectivo contrato de mantenimiento preventivo y correctivo.	El área biomédica 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 soporte formal de cada visita realizada firmada por el líder del área de radiología, garantizando así su realización cumplimiento.	Se cumplió con el cronograma establecido para los mantenimientos anuales de los equipos radiológicos. Se evidencia soporte documental de cada visita realizada. El control resulta efectivo ya que los equipos se encuentran en correcto funcionamiento, minimizando con esto la ocurrencia de materialización del riesgo.	100%
		El área de biomédica solicitara 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.	Debido a inconvenientes jurídicos no se pudo ejecutar el contrato de mantenimiento el año 2021. Se recomienda retornar contrato mantenimiento en el año 2022. Sin embargo es necesario aclarar que el riesgo no se materializó.	0%

11. RIESGO GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Este proceso tiene identificados cuatro (04) riesgos, con la siguiente valoración:

R 65: Alto **R 66:** Alto **R 67:** Extremo **R 68:** Extremo

11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 65	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no de identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	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.	Se evidencia que la auxiliar de enfermería realiza la consulta por semanas de los diagnósticos publicados en el sistema de información. Para ello anexa como evidencia de su consulta un correo en el cual se adjunta un archivo de Excel en el que se relaciona la información menciona por semanas hasta el mes de diciembre. Se puede verificar que el control resulta efectivo, toda vez que el mismo se realiza y cumple con el objetivo para el cual está diseñado, minimizando la materialización del riesgo.	100%
		El auxiliar de enfermería del área de vigilancia epidemiológica realizara las búsquedas activas institucionales en los RIPS registros individuales de prestación de servicios para detectar posibles eventos de interés de salud pública en la ESE ISABU.	Se puede evidenciar que el auxiliar de enfermería del área de vigilancia epidemiológica realiza las búsquedas activas institucionales en los RIPS. Para evidencia del cumplimiento de este control, se anexa correo electrónico en el cual se relacionan archivos planos que se generan de estas búsquedas. Los controles resultan efectivos ya que cumplen con el resultado para el cual están instituidos, minimizando la materialización del riesgo.	100%

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 66	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no de identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	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.	Se evidencia que la auxiliar de enfermería realiza la consulta por semanas de los diagnósticos publicados en el sistema de información. Para ello anexa como evidencia de su consulta un correo en el cual se relaciona un archivo de Excel, en el cual se adjunta la información menciona por semanas hasta el mes de diciembre. Se puede verificar que el control resulta efectivo, toda vez que el mismo se realiza y cumple con el objetivo para el cual está diseñado, el cual es minimizar la oportunidad de materialización del riesgo.	100%
		El auxiliar de enfermería del área de vigilancia epidemiológica realizara las búsquedas activas institucionales en los RIPS registros individuales de prestación de servicios para detectar posibles eventos de interés de salud pública en la ESE ISABU.	Se puede evidenciar que el auxiliar de enfermería del área de vigilancia epidemiológica realiza las búsquedas activas institucionales en los RIPS. Para evidencia del cumplimiento de este control, se anexa correo electrónico en el cual se relacionan archivos planos que se generan de estas búsquedas. Los controles resultan efectivos ya que hasta el momento el riesgo no se ha materializado.	100%

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 67	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 frio en la ESE ISABU	La coordinadora PAI realiza capacitación de acuerdo al cronograma establecido y evaluación a todo el personal de vacunación en el manejo de la cadena de frio y plan de contingencia, incluyendo personal de esquema regular y vacunación Covid-19	Esta actividad se cumplió en el primer semestre del año. Para el cumplimiento de este control, se verifican actas de capacitación a todo el personal de vacunación en cadena de frio y plan de contingencia. Los controles resultan efectivos toda vez que la capacitación previene eventos adversos en	100%



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

CODIGO: 1300-CIN-F-006

VERSION: 2

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021

PAGINA: 30-1

REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

				vacunación y la materialización del riesgo.	
		La Coordinadora PAI realiza auditoria aleatoria de acuerdo a los centros de salud priorizados, de manera mensual, al control de la cadena de frio, a través de aplicación de lista de chequeo y genera un informe de análisis de los resultados		Esta actividad se cumplió en el primer semestre del año. Para el cumplimiento de este control, se evidencia acta de visita a centros de salud verificando lista de chequeo y matriz de cumplimiento de actividades. El control resulta efectivo y se minimiza la materialización del riesgo.	100%

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 68	Perdidas económicas por incumplimiento a las estimaciones programas por EPS para ejecución durante el período la insatisfacción del cliente externo debido a la falta de adherencia a la resolución 3280 del 2018 en la ESE ISABU	La coordinadora de promoción y prevención realizará seguimiento las actividades realizadas mensualmente por RIPS y por EPS de los cumplimientos.	Mediante archivo en Excel se realiza matriz de seguimiento a estimaciones con corte a diciembre, para cada una de las EPS. Este seguimiento minimiza la materialización del riesgo, lo que demuestra que el control resulta efectivo.	100%
		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	Se evidencia capacitaciones de las rutas de acuerdo a la resolución 3280 de 2018. El control resulta efectivo toda vez el personal se encuentra capacitado para atender la ruta del mantenimiento de la salud y materno perinatal.	100%

12. RIESGO GESTIÓN FINANCIERA

12.1 . FINANCIERA - SUBPROCESO CONTABILIDAD

Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R 69: Alto **R 70:** Alto

12.1.1 EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO CONTABILIDAD				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 69	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	La subgerencia administrativa, costos, contabilidad, revisan el calendario tributario para realizar el cierre de la información financiera.	Se realiza la verificación del calendario que para el trimestre de octubre – diciembre de 2021, se envió correos electrónicos informando las fechas límites de la presentación de la retención en la fuente y Retención de ICA. También se expidió circular No. 005 de 20 de octubre de 2021, en la cual se desarrolla el calendario de las fechas límites para el cierre de periodo. El control resulta efectivo, toda vez que el área de contabilidad presentó los informes en las fechas establecidas, minimizando la materialización del riesgo.	100%
		El tesorero planea y reserva los recursos para los pagos teniendo en cuenta el calendario tributario	El área de contabilidad genera la presentación de la retención en la fuente y el área de tesorería realiza el pago en las fechas límites establecidas para tal fin. Y en cuanto a la Retención del ICA, se entrega el formato de retención firmado al área de tesorería para su presentación y pago. El control resulta efectivo ya que se informó de manera oportuna al área de tesorería que se podría realizar el pago, minimizando la posibilidad de materialización del riesgo.	100%

GESTIÓN FINANCIERA - SUBPROCESO CONTABILIDAD				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 70	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	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	La oficina de contabilidad realiza revisión de las fechas de los vencimientos de los diferentes reportes y notifica a las áreas. Se evidencia los reportes realizados en las fechas establecidas. El control resulta efectivo toda vez que se rindieron los informes en las fechas establecidas, minimizando la materialización del riesgo.	100%

12.2. FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R 71: Alto

12.2.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTION FINANCIERA - SUBPROCESO PRESUPUESTO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 71	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.	El profesional de presupuesto garantiza el cumplimiento de procedimientos para mitigar el riesgo	La profesional especializada de presupuesto elabora los informes de ejecución presupuestal con el fin de realizar seguimiento al presupuesto. A través de los libros radicadores se mitiga el riesgo de incumplimiento a las normas presupuestales. Este control resulta efectivo toda vez que con estas actividades la profesional evita el incumplimiento de los procedimientos del área de presupuesto generando un insumo para la toma de decisiones por parte de la directiva de la ESE ISABU, a la vez que evita la materialización del riesgo.	100%
		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.	El profesional de presupuesto evidencia su seguimiento a través del uso del libro radicador para CDP y RP, de igual manera a través de informes de ejecución presupuestal de gastos e ingresos a diciembre de 2021. En cumplimiento del control que se evidencia efectivo ya que con esto, el profesional realiza un seguimiento a las solicitudes de expedición de CDP y RP, siendo un instrumento de seguimiento al presupuesto, resultando efectivo el control al evidenciarse que el riesgo no se materializó.	100%

12.3. FINANCIERA - SUBPROCESO TESORERÍA

Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R 72: Alto **R 73:** Alto

12.3.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTION FINANCIERA - SUBPROCESO TESORERIA				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 72	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.	El Tesorero solicita a la Subgerencia Administrativa mantener actualizada la póliza para la persona que recauda los valores existentes en cada uno de los puntos de recaudo	Para evidenciar cumplimiento, el área de tesorería aporta póliza todo riesgo actualizada a 31 de diciembre de 2021. Este control resulta efectivo toda vez que la póliza se mantiene actualizada respecto a la persona que transporta el dinero recaudado en las cajas de las diferentes unidades operativas (centros de salud, UIMIST y HLN).	100%
		El apoyo Administrativo recibe la caja en el sistema panacea para confrontarlo frente al efectivo recaudado	Para el cumplimiento de este control, el área de tesorería adjunta la planilla del recorrido del recaudo, la relación de los recibos de caja, el correo de cierre de caja, la consignación del cierre y el acta del arqueo de caja. Este control resulta efectivo toda vez que lo relacionado le sirve de insumo para verificar que el efectivo recaudado sea debidamente consignado en la cuentas de la ESE ISABU, minimizando cualquier posibilidad de que el riesgo se materialice.	100%

GESTION FINANCIERA - SUBPROCESO TESORERIA

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 73	Posibilidad de pérdida económica, procesos disciplinarios y sancionatorios por perdidas 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.	El Tesorero solicita a la Oficina de Sistemas mantener actualizadas las consolas antivirus anualmente por parte de la oficina de sistemas	<p>El tesorero solicita a la oficina de Sistemas las certificaciones de actualización de antivirus.</p> <p>Para evidenciar este control, se adjunta documento donde se evidencian pantallazos y correo electrónico con la solicitud.</p> <p>Este control resulta efectivo toda vez que la información financiera y bancaria se encuentra salvaguardada y debidamente protegida de ataques cibernéticos, minimizando la posibilidad de materialización del riesgo.</p>	100%
		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	<p>El tesorero solicita a la oficina de Sistemas las certificaciones de actualización del backup de información.</p> <p>Para evidenciar este control, se adjunta documento donde se evidencian pantallazos y correo electrónico con la solicitud.</p> <p>Este control resulta efectivo toda vez que la información financiera y bancaria se encuentra salvaguardada y debidamente protegida de ataques cibernéticos, evitando materialización del riesgo.</p>	100%

12.4. FINANCIERA - SUBPROCESO COSTOS

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R 74: Moderado

12.4.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTION FINANCIERA - SUBPROCESO COSTOS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 74	Posibilidad de pérdida económica por subestimar costos que generen bajas tarifas de venta en servicios o sobrevalore costos en servicios que generen perdidas 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	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.	El profesional de costos entregó el informe de costos por sedes y/o unidades funcionales, por medio de correo electrónico a los líderes de zona y unidades hospitalarias, quienes evaluaron la información. Se evidencia que el control es efectivo toda vez que con esta evaluación el profesional de costos puede costear de manera más objetiva cada unidad y sede. El control se efectúa correctamente, minimizando la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		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.	El profesional de costos realiza una matriz en la cual desarrolla el costeo por servicios específicos lo cual le permite presentar propuestas u ofertas de servicios. Este control resulta efectivo, pues esta matriz le sirve de soporte para el análisis de costo por servicio.	100%

12.5. FINANCIERA - SUBPROCESO FACTURACIÓN

Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R 75: Moderado **R 76:** Alto

12.5.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTION FINANCIERA - SUBPROCESO FACTURACIÓN				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 75	Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial en la radicación extemporánea de la facturación generadas por concepto de venta de servicios de salud, mes a mes debido a falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas por el personal de facturación, también inconsistencias del sistema de información en la información generada en los reportes.	La coordinadora de facturación realiza revisión quincenal de la facturación generada vs la facturación predicada	<p>Con el fin de evidenciar el cumplimiento del control, la coordinadora de facturación realiza actas de radicación (hasta diciembre) con el proceso de cartera con el fin de comparar lo radicado frente a lo facturado ante los diferentes entes.</p> <p>El control resulta efectivo, ya que estas actas le sirven de insumo a la coordinadora de facturación para evidenciar si se radico de manera correcta la facturación expedida, minimizando la posibilidad de materialización del riesgo.</p>	100%
		La coordinadora de facturación realiza revisión de las cuentas predicadas y devueltas para corrección	<p>Con el fin de evidenciar el cumplimiento del control, la coordinadora de facturación realiza actas de devolución de facturación por afectación de vigencias, con el fin de realizar retro alimentación a los facturadores y cuentas médicas.</p> <p>Este control resulta efectivo en la medida que esto le sirve de insumo para mejorar el proceso y que la cuenta se radique rápidamente y de manera correcta ante el pagador, disminuyendo la posibilidad de materialización del riesgo.</p>	100%

GESTION FINANCIERA - SUBPROCESO FACTURACIÓN

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 76	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.	Revisión de los cargos pendientes facturar (atenciones realizadas) realizados durante el mes.	Se evidencia documento en Excel donde la coordinadora de facturación relaciona los valores pendientes por facturar VS el valor facturado. Estas actas le sirven de insumo para revisar la facturación pendiente y que posterior será objeto de cobro, por lo tanto el control aplicado es efectivo, teniendo en cuenta que el riesgo no se ha materializado.	100%
		Revisión de los cargos dobles y realizar la respectiva anulación o la corrección, nuevo cargue	Este control se realiza diariamente y la coordinadora de facturación realiza el respectivo ajuste y/o anulación teniendo en cuenta la revisión realizada. Se evidencia por medio del sistema PANACEA y por la entrega de pantallazos producto del mencionado sistema. Por lo tanto el control resulta efectivo ya que esta revisión le sirve de soporte para los ajustes en el sistema, disminuyendo la oportunidad de concreción del riesgo.	100%

12.6 FINANCIERA - SUBPROCESO CARTERA

Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R 77: Alto R 78: Alto

12.6.1. EVALUACIÓN DEL CONTROL

GESTION FINANCIERA - SUBPROCESO CARTERA				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 77	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	Conciliación 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 más representativos en la cartera.	Como evidencia del cumplimiento de este control, el área de cartera anexa actas de conciliación con las EAPB correspondientes al mes de noviembre y diciembre de 2021. El control es efectivo toda vez que estas actas le permiten el control de la cartera y el conocimiento total de lo que deben pagar las entidades responsables de pago.	100%
		La oficina de cartera realiza conciliación de las objeciones realizadas a la facturación de la ese por parte de las EAPB; conciliación del 80% mínimo de las glosas que se determinan según conciliación de cartera con las EAPB.	Para evidenciar el cumplimiento de este control, el área de cartera realiza respuesta y conciliación de las objeciones presentadas a la facturación, mediante actas de conciliación en las cuales se deja plasmado que acepta cada una de las partes. Este control resulta efectivo toda vez que se puede determinar el valor real a pagar de cada factura y libera el pago por parte de la EPS. Estas actas corresponden al periodo evaluado.	100%
		La oficina de cartera solicita acuerdo de pago con ERP	Para el periodo evaluado se presenta acta de acuerdo de pago con ASMET SALUD por intermedio de la Supersalud. Este control resulta efectivo toda vez que estas actas le permiten al área de cartera obtener una fecha y monto cierto de pago.	100%
		La oficina de cartera realiza entrega de cartera para cobro jurídico.	El área de cartera entrega por medio de correo electrónico, actualización de la cartera para cobro jurídico. Este control es efectivo toda vez que se evita la prescripción de la deuda al iniciarse el cobro jurídico.	100%
		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	El área de cartera aporta actas generadas de cada conciliación para el trimestre evaluado. Este control resulta efectivo ya que permiten la realización de acuerdos de pago o citas para depuración de cartera y conciliación de glosas.	100%

GESTION FINANCIERA - SUBPROCESO CARTERA				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 78	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	Conciliación de las objeciones realizadas a la facturación de la ese por parte de las EAPB; conciliación del 80% mínimo de las glosas que se determinan según conciliación de cartera con las EAPB.	<p>Para evidenciar el cumplimiento de este control, el área de cartera realiza respuesta y conciliación de las objeciones presentadas a la facturación, mediante actas de conciliación en las cuales se deja plasmado que acepta cada una de las partes.</p> <p>Este control resulta efectivo toda vez que se puede determinar el valor real a pagar de cada factura y libera el pago por parte de la EPS. Estas actas corresponden al periodo evaluado.</p>	100%
		Liquidación de contratos; liquidar contratos de prestación de servicios modalidad cápita y evento con 3 EAPB con las más representativas.	<p>El área de cartera para el trimestre de 2021 evaluado realizó liquidación del contrato de prestación de servicios con la Gobernación de Santander, para lo cual adjunta la respectiva liquidación firmada por las partes.</p> <p>El control resulta efectivo ya que se permite determinar el monto total adeudado, sanear cartera y generar acuerdos de pago.</p>	100%
		Cobro jurídico	<p>El área de cartera para cumplir con el control, presenta el mandamiento de pago de NUEVA EPS, con el cual se evidencia el trabajo de cobro jurídico que se presenta en conjunto con las dos áreas.</p> <p>El control resulta efectivo ya que esto permite un cobro efectivo de la cartera y el ingreso directo del dinero producto de la deuda.</p>	100%

13. RIESGO GESTIÓN JURÍDICA

Este proceso tiene identificados cuatro (04) riesgos, con la siguiente valoración:

R 79: Alto R 80: Alto R 81: Alto R 82: Moderado

13.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTION JURÍDICA				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 79	Posibilidad de Pérdida económica, afectación reputacional por Sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a inadecuada supervisión contractual, falta de adherencia al Manual de contratación vigente en la ESE ISABU	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 adjunta capacitación realizada el día 26 de noviembre de 2021 a grupo directivo y supervisor de contratos donde se socializó la circular 05 del 21 de octubre de 2021 expedida por la Subgerencia Administrativa. El control resulta efectivo ya que al socializar el manual de contratación fortalece la labor del supervisor.	100%
		El jefe de la oficina jurídica cuatrimestralmente realizará evaluación de la adherencia al manual de contratación a los funcionarios que tienen a cargo supervisiones	Esta actividad no se realizó en el periodo evaluado. Es necesario que esta actividad se realice para la vigencia 2022, con el fin de evaluar su efectividad.	0%

GESTION JURÍDICA				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 80	Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por multa y/o sanción fiscal o disciplinaria debido a Extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición, inobservancia de los términos y procedimientos por parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU	El Jefe Oficina jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean respondidos dentro de los términos legales este seguimiento se realizará a través de una matriz de Excel, al igual cada vez que se presente una extemporaneidad quedando como evidencia la matriz diligenciada y el archivo físico de las solicitudes y su respuesta.	Para evidenciar el cumplimiento de este control, la oficina jurídica presenta matriz en Excel en donde se relaciona todos los derechos de petición del último cuatrimestre, evidenciándose que ninguno de ellos se contestó de manera extemporánea. El control resulta efectivo, toda vez que esto mantiene un seguimiento estricto y adecuado de las fechas de respuesta, evitando vencimientos de términos en las respuestas.	100%
		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	Para cumplimiento de este control, la oficina Jurídica presenta informe de verificación a derechos de petición y respuesta en términos legales, correspondiente al periodo de junio a diciembre de 2021. El control resulta efectivo ya que este documento sirve de insumo para el seguimiento de fechas de recibo y respuesta de los derechos de petición	100%

GESTION JURÍDICA				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 81	Pérdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias de los entes de control debido a ausencia de especificaciones técnicas claras en los requerimientos contractuales para elaboración de estudios previos en la ESE ISABU	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	Esta actividad no se realizó en el periodo evaluado. Es necesario que esta actividad se realice para la vigencia 2022, con el fin de evaluar su efectividad.	0%
		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 consolidad necesidades de contratación.	Esta actividad no se realizó en el periodo evaluado. Es necesario que esta actividad se realice para la vigencia 2022, con el fin de evaluar su efectividad.	0%

GESTION JURÍDICA				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 82	Pérdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias por partes de los entes de control debido a reporte extemporáneo a las plataformas del SECOP y SIA OBSERVA de los procesos contractuales en la ESE ISABU	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.	Para cumplimiento de este control, la oficina asesora jurídica presenta relación de los contratos reportados en el SIA OBSERVA y SECOP I, con el fin que sean insumo para la elaboración del informe de auditoría interna. El control resulta efectivo, pero no suficiente, siendo necesario que se aumente el muestreo con el fin de evitar la materialización del riesgo.	100%
		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 auditoría.	En cumplimiento de este control, la oficina asesora jurídica presenta informe en el cual el Jefe de la Oficina verifica, por medio de un muestra del 10% de la contratación del periodo evaluado, la publicación en términos de los contratos. El control resulta efectivo, pero no suficiente, siendo necesario que se aumente el muestreo con el fin de evitar la materialización del riesgo.	100%

14. RIESGO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R 83: Alto **R 84:** Moderado

14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTION DE RECURSOS FÍSICOS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 83	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	El jefe de almacén solicitará por medio de una circular el correcto diligenciamiento del formato de solicitud de pedidos a los directores y los jefes de centro de salud advirtiéndole que el incorrecto diligenciamiento del formato generará retrasos en el despacho del pedido, se realizará seguimiento mensual al correcto diligenciamiento del formato de pedidos y retroalimentación a través de correo electrónico a los directores de zona respecto a los formatos incompletos	Se evidencia acta de socialización de diligenciamiento del formato de pedidos de 18 de noviembre de 2021, cumpliendo la socialización a jefes de centros de salud. Con el cumplimiento de este control se minimiza la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		Realizar auditorías mensuales de acuerdo a cronograma establecido y a los centros de salud priorizados	Para el cumplimiento de este control, se evidencia actas de las auditorías esporádicas correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2021, en la cual se realiza seguimiento a las diferentes unidades operativas verificando el manejo de los productos de consumo y papelería suministrada para la operación de cada servicio. Este control es efectivo ya que le permite al área realizar un seguimiento más directo de los elementos de consumo tales como médico quirúrgico, papelería, laboratorio y odontología, minimizando la posibilidad de ocurrencia del riesgo.	100%

GESTION DE RECURSOS FÍSICOS

No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 84	Posibilidad de pérdida económica por perdida de activos inventariados a cargo de los colaboradores debido a falta de adherencia al procedimiento de manejo y control de inventarios y falta de supervisión del contratista para que finalizado el contrato haga entrega efectiva de los bienes a su cargo	El jefe del almacén solicitará por medio de un correo a todos los líderes de los procesos y jefes de las unidades operativas y hospitalarias informar al almacén de la ESE ISABU sobre las diferentes novedades de traslados de activos fijos que se vayan presentando para de esta manera mantener actualizado el inventario.	El área generó circular en la cual se imparte las instrucciones para para la custodia de inventarios. Este control resulta efectivo toda vez que se deja claro a los contratistas, funcionarios y colaboradores en general de la ESE ISABU, que solo personal autorizado del área de inventarios puede realizar traslado de activos, minimizando con esto el riesgo de pérdida de activos.	100%
		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	Para el cumplimiento de este control, el área evidencia actas de inventario aleatorio a algunos centros de salud, correspondiente a los meses evaluados. Este control resulta efectivo ya que le permite verificar al almacenista que los activos se encuentren en la ubicación descrita en el cuadro adjunto.	100%

15. RIESGO GESTIÓN DE LAS TICS

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R 85: Alto

15.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTION DE LAS TICS				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 85	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	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.	Esta actividad se cerró el primer semestre del año, se levantaron las necesidades del área, minimizando la posibilidad de materialización del riesgo.	100%
		"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"	Par el cumplimiento de este control, el área de las TIC's presenta documento denominado "Informe de funcionamiento de Antivirus Corporativo" en el cual se evidencia la licencia del antivirus y el firewall activos y el seguimiento y análisis de los diferentes ataques. Este control resulta efectivo toda vez que este documento permite evidenciar las diferentes gráficas y estados de protección que se realizaron durante el periodo evaluado, esto minimiza la materialización del riesgo.	100%

16. RIESGO GESTIÓN DOCUMENTAL

Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con la siguiente valoración:

R 86: Alto

16.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTION DOCUMENTAL				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 86	"Posibilidad de Perdida Económica de Documentos Físicos por la no adherencia del Proceso y Procedimientos de Gestión Documental en cada una de las Fases de Archivo Gestión, Central e Histórico por parte del Personal de Apoyo que tiene a cargo los Documentos en los Archivos de Gestión y Central"	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.	Para el cumplimiento de este control, el área de gestión documental presenta informes de acceso a la Documentación de Historias Clínicas Físicas, de acuerdo con los requerimientos de HC de los Usuarios de la ESE-ISABU, correspondientes a los meses evaluados. El control resulta efectivo, toda vez que el área realiza un seguimiento más directo teniendo más control del préstamo de documentos del archivo central, minimizando la posibilidad de pérdida documental.	100%
		El Líder de Gestión Documental Solicita Registro del Formato de Acceso a Documentos e Información de seguimiento mensual de préstamos y entrega de Documentos e Información de la Dependencia de Archivo de Gestión, Central e Histórico,	Para el cumplimiento de este control, el área de gestión documental presenta registro en el formato de acceso correspondiente a los meses evaluados. El control resulta efectivo, toda vez que el área realiza un seguimiento más directo teniendo más control del préstamo de documentos del archivo central, minimizando la ocurrencia del riesgo.	100%

17. RIESGO GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con la siguiente valoración:

R 87: Alto **R 88:** Alto

17.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

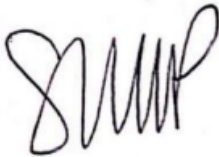
GESTION DE CONTROL INTERNO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 87	Posibilidad de afectación económica y reputacional, por procesos administrativos, fiscales, disciplinarios y penales debido a deficiencia por la debilidad en la formulación de los controles para cada riesgo institucional en los tiempos establecidos por ley, por la limitada realización de seguimiento y control a los planes de mejoramiento y recomendaciones producto de las auditorías internas y externas realizadas en la entidad	El jefe de la oficina de gestión y control interno, implementará la acción de seguimiento mediante la revisión periódica del Formato F-1300-07 de seguimiento a planes de mejoramiento y/o recomendaciones, realizadas por los entes de control y la oficina de control interno.	Para el cumplimiento de este control, la oficina de Control Interno presenta el diligenciamiento del formato F-1300-07 con el seguimiento realizado a los planes de mejoramiento y/o recomendaciones de cada una de las áreas que tienen hasta la fecha planes de mejora abiertos, correspondiente a los meses evaluados. El control resulta efectivo ya que le facilita un seguimiento más certero a las actividades desplegadas por cada área, cumpliendo con su rol de asesoría.	100%

GESTION DE CONTROL INTERNO				
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	% CUMPLIMIENTO
R 88	Posibilidad de afectación económica y reputacional por multas y sanciones impuestas por los entes de control externos, debido al incumplimiento en el desarrollo del plan anual de auditorías de la vigencia	El equipo de control interno realizará seguimiento al cronograma del plan anual de auditorías de la vigencia	El equipo de la oficina de control interno realiza seguimiento al plan anual de auditorías, para ello, presenta todas y cada una de las actividades desplegadas correspondientes al periodo evaluado. El seguimiento resulta efectivo, ya que a través de los diferentes informes y seguimientos se ejecuta el rol de asesoría a la alta dirección, permitiendo la mejora continua en la entidad.	100%
		El equipo de control interno enviará comunicaciones de solicitud de información requerida, a los responsables de los procesos para dar cumplimiento al plan anual de auditorías de la vigencia.	Para el cumplimiento de este control, la oficina de control interno relaciona las comunicaciones enviadas a los diferentes responsables del proceso con el fin de dar cumplimiento al plan anual de auditorías. Este control resulta efectivo ya que estas comunicaciones le permiten conocer las actividades que desarrollaron los responsables con el fin de cumplir con las actividades programadas para el periodo evaluado y medir el porcentaje de cumplimiento de las actividades pendientes.	100%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se recomienda la revisión por parte de cada líder del proceso de los controles aplicados a sus riesgos, para que estos alcancen su cumplimiento en su totalidad en el periodo correspondiente.
- Se recomienda la revisión por parte de cada líder del proceso, referente a los controles aplicados a sus riesgos, verificando si los mismos, corresponden a su proceso o los debería ejecutar otra área.
- Se recomienda que el líder del proceso revisar y analizar los controles, con el fin de determinar si los mismos son correlativos con el riesgo identificado.
- Se recomienda al líder del proceso verificar las evidencias presentadas para demostrar el cumplimiento de cada uno de los controles, además de hacer un esfuerzo por entregarlos de manera ordenada.
- Incluir en los planes de capacitación o formación para la vigencia 2022 capacitaciones que permitan fortalecer los conocimientos en identificación y gestión de riesgos a los líderes y facilitadores de los procesos.
- 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 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 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.

Equipo auditor:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS

Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

Apoyo: William Figueroa Pineda
Profesional de Apoyo de la Oficina de Control Interno.