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

1300-39.01
CI-017

Bucaramanga, 21 de Enero de 2021

Señores
E.S.E. ISABU
Atte. Dr. GERMAN JESUS GOMEZ LIZARAZO
Gerente
Bucaramanga

Firma _____

Radicado: **00000201**

Enviado: 21/01/2021 - 5:15 p.m.

abenitez

ESE ISABU



Asunto: Envío informe de seguimiento mapa de riesgos de gestión institucional de la E.S.E ISABU segundo semestre vigencia 2020

Cordial saludo:

Comendidamente remito a su despacho, informe de seguimiento mapa de riesgos de gestión institucional de la E.S.E ISABU segundo semestre vigencia 2020, para su conocimiento y fines pertinentes.


Agradezco su atención.

Cordialmente,

CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

P/E: Vianey González Gamarra
Profesional de apoyo control interno

Copia: Oficina Asesora de Calidad

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT. 800.084.206-2</p>	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA E.S.E ISABU SEGUNDO SEMESTRE VIGENCIA 2020

INTRODUCCION

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

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

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

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

ALCANCE

Verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones definidas para el tratamiento de los riesgos institucionales identificados en cada uno de los procesos de la E.S.E ISABU, en lo que corresponde al segundo semestre de la vigencia 2020


OBJETIVOS

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

MARCO NORMATIVO

- ❖ *Constitución Política de Colombia Artículos 209 y 269*
- *ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.”*
- *Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.*
- *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.*

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

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT. 800.084.206-2</p>	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

- Guía Rol de las Unidades de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (correspondiendo a la 7° Dimensión y tercera línea de defensa de MIPG).
- Guía Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Riesgos de gestión, Corrupción y Seguridad Digital Versión 4. DAFP

METODOLOGIA

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

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

DESARROLLO

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

La E.S.E ISABU por medio de la resolución 0209 de 25 de mayo de 2018, adopta la política para la administración del riesgo y se formula el documento “política para la administración 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 segundo seguimiento de la vigencia 2020 efectuado al Mapa de Riesgos de Gestión Institucional de la E.S.E ISABU, de acuerdo al consolidado de evidencias enviadas por la oficina asesora de calidad y las solicitadas por la oficina de control interno.

1. MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN VIGENCIA 2020

Se realizó seguimiento y evaluación a cincuenta y dos (52) riesgos y sus controles, identificados en los dieciocho (18) mapas de riesgos de gestión institucional, los cuales fueron formulados por cada uno de los líderes responsables.

² Manual operativo MIPG. 2019

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT. 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0


PROCESO	No. de Riesgos
Gestión Planeación y Direccionamiento Estratégico	5
Gestión de Calidad	6
Gestión Talento Humano	4
Gestión Atención al Usuario	1
Atención Ambulatoria	2
Urgencias	2
Internación	2
Cirugía y Atención de Partos	2
Apoyo Terapéutico	2
Apoyo Diagnostico	3
Salud Pública	3
Gestión Financiera	5
Gestión Jurídica	5
Gestión de Recursos Físicos	3
Gestión de las TICS	1
Gestión Documental	2
Gestión Ambiental	2
Gestión de Control Interno	2
total	52

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional Vigencia 2020 E.S.E ISABU


2. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS DE GESTION INSTITUCIONAL - 2020 E.S.E ISABU (SEGUNDOSEMESTRE)

Se realizó seguimiento y evaluación a dieciocho (18) Procesos con un total de cincuenta y dos (52) riesgos, los cuales se describen a continuación y se relacionan los aspectos más relevantes de dichos riesgos, así:

- Gestión Planeación y Direccionamiento Estratégico: Este proceso tiene identificados cinco (05) riesgos, con valoración de tres (03) riesgos en zona alta y dos (02) riesgos con valoración en zona moderada.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT. 800.084.206-2</p>	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0


No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	No disponer de la Información real y a tiempo para la generación de informes de avance al cumplimiento de metas y objetivos del Plan de desarrollo y plan de gestión	Alta	1. Seguimiento al cumplimiento del plan de desarrollo a través de matriz de Excel. 2. Seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión a través de fichas técnicas de Indicadores	Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo, Actas de seguimiento en comité CIGD, Plantilla en Excel seguimiento fichas de indicadores.	100%
2	Publicación de información en la página web que no cumpla con la normatividad vigente y de manera inoportuna	Moderada	1. Capacitar a los líderes de proceso en el procedimiento de cargue de información a la página web institucional 2. Evaluar el nivel de cumplimiento en la ley 1712 del 2014 (Transparencia y Acceso a la información) mediante el diligenciamiento de la matriz de autodiagnóstico, desarrollada por la procuraduría.	Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo, se envió correo electrónico, Se diligenció matriz autodiagnóstico desarrollada por la procuraduría, se actualizó link de transparencia y acceso a la información en la página web institucional.	100%
3	Incumplimiento del plan Anticorrupción y de atención al ciudadano Institucional para la vigencia	Alta	Documento " Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano "PAAC " publicado en página WEB de la institución antes del 31 de enero. Informes cuatrimestrales de seguimiento y control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano por parte de la oficina de control interno y publicado en página WEB.	Se dio cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo, en el I semestre 2020, Documento " Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano "PAAC " publicado en página WEB	100%
4	Pérdida de recursos de la institución por proyectos rechazados, mal presentados y/o incompletos, cuando se presenten propuestas de proyectos por parte de la ESE ISABU ante los entes territoriales	Moderada	1. Formulación y actualización de metodología de presentación de proyectos y capacitación a personal involucrado 2. Presentación de proyectos conforme a metodología general ajustada "MGA WEB"	Se Realizó socialización por medio de correo electrónico de fecha 28 de diciembre de 2020, sobre los lineamientos metodológicos para la formulación y elaboración de proyectos orientados al fortalecimiento asociado a la prestación de servicios de salud. Dirigido al personal de la oficina de planeación, Se evaluó evidencia, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
5	Perdida del histórico de los proyectos de inversión (convenios) realizados con los diferentes entes y el ISABU, por ser contratista la información queda con el contratante	Alta	Realizar archivo con minuta e informes finales de los convenios o proyectos 2020, cada vez que finalice un proyecto o convenio.	La oficina asesora de Planeación, no suscribió convenios en la vigencia 2020, ya que de acuerdo al nuevo manual de contratación Resolución 0293 del 15 de septiembre de 2020 y la Resolución 301 del 28 de	100%

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

				septiembre de 2020 por el cual se delega parcialmente la contratación de la E.S.E ISABU, esta oficina no es delegataria. Dando cumplimiento con las acciones establecidas para la mitigación del riesgo La subgerencia administrativa, anexa soportes de la actividad realizada para la liquidación del convenio interadministrativo 192 de 2020.		
--	--	--	--	---	--	--

- Gestión de Calidad: Este proceso tiene identificados seis (06) riesgos con valoración de tres (03) riesgos en zona extrema, dos (02) riesgos con valoración en zona baja, y un (01) riesgo con valoración en zona alta.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.


No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Elaboración y distribución de documentos sin cumplir los lineamientos del Sistema de Gestión de calidad, por falta de adherencia al Manual de procesos y procedimientos durante el desarrollo del proceso en la ESE ISABU	Alta	1. Realizar Auditorías al listado maestro de cada proceso con periodicidad anual.	Se presentaron listas de chequeo evaluación listado maestro de documentos, Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo,	100%
			2. Capacitación del Manual de procesos y procedimientos.	Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Estancias prolongadas por falta de racionalización durante la atención de los usuarios por parte de los profesionales y los Auditores Externos	Extrema	1. Realizar auditoria diaria de estancias. 2. Notificación diaria a EPS y entes de control	Se presentó informe de estancias prolongadas, se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
3	Omisión en el reporte de un incidente o eventos adversos por falta de cultura en el reporte y adherencia a la seguridad del paciente durante el desarrollo de la prestación del servicio por parte de los colaboradores	Extrema	1. Búsqueda activa de incidentes y eventos adversos a través de rondas quincenales de seguridad del paciente 2. Búsqueda activa de incidentes y eventos adversos a través de auditoría de historia clínica 3. Socialización constante del programa de seguridad del paciente de acuerdo al cronograma. 4. Análisis de la encuesta aplicada de cultura de seguridad del paciente	Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

4	Glosa por incumplimiento en la entrega de información durante el desarrollo del contrato por parte de la EPS	Baja	1. Realizar una malla con los contratos donde se evidencie la solicitud de información de calidad y su periodicidad para poder dar cumplimiento	Se dio cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo en el I semestre 2020	100%
5	Resultado insatisfactorio del desarrollo del Pamec por falta de compromiso de los líderes de proceso en el cumplimiento de las oportunidades de mejoramiento en la ESE ISABU.	Baja	1. Capacitación a los líderes del Pamec y concertación de oportunidades de mejoramiento 2. Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento Pamec trimestralmente	Se presentó informe y trazabilidad seguimiento PAMEC, se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
6	Cumplimiento parcial del Sistema único de habilitación por documentación incompleta de acuerdo a la norma durante el desarrollo de la visita de habilitación por parte del ISABU	Extrema	1. Capacitación de los profesionales de calidad en la normatividad vigente de habilitación 2. Generar revisión de documentación de acuerdo a normatividad vigente 3. Elaborar cronograma de trabajo con los líderes de proceso para la actualización de documentación 4. Seguimiento al cumplimiento del cronograma por parte de los líderes	Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo, se presentaron actos grupos primarios, listado de documentos Covid 19.	100%

- Gestión Talento Humano: Este proceso tiene identificados cuatro (04) riesgos con valoración de dos (02) riesgos en zona alta, dos (02) riesgos con valoración en zona moderada.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Inducción insuficiente del talento humano que ingresa por falta de un proceso claro de inducción cuando se contrata a un colaborador por parte de la oficina de talento humano en la ESE ISABU	Alta	1. Documentar el procedimiento de Inducción 2. Socializar el procedimiento de inducción	Se documentó el procedimiento de inducción y se llevó a cabo socialización a través de correo electrónico, Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Errores en la liquidación de nóminas y pago de seguridad social, al momento de liquidar el profesional del área de nómina de la ESE ISABU, dado la entrega no oportuna de novedades y las deficiencias y limitaciones del software	Moderada	Elaborar procedimiento de liquidación de nómina, Socializar con los involucrados el procedimiento de nómina.	Se socializó procedimiento nómina, Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%


	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

3	Contagio del personal Asistencial con Covid -19 por la falta de adherencia en los colaboradores de la institución a los protocolos de bioseguridad implementados	Alta	Ejecución de inspecciones en sitios de trabajo asistencial	Se realizaron inspecciones por parte de seguridad y salud en el trabajo, se realizó Ronda de Seguridad del paciente al HLN desde el programa de seguridad del paciente oficina de calidad el 18/11/2020. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
4	Contagio del personal asistencial por falta de capacitaciones en los protocolos y lineamiento de bioseguridad durante la atención de la emergencia Covid-19 en la ESE ISABU	Moderada	Realizar capacitación y socialización de lineamientos referente a seguridad y salud en el trabajo	Se realizó capacitación en condiciones de bioseguridad durante el Covid 19, y se realizó evaluación de bioseguridad. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%

- Gestión Atención al Usuario: Este proceso tiene identificado un (01) riesgo, con valoración en zona de riesgo baja, es decir es poco frecuente de que este suceda.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Respuesta inoportuna y poco satisfactoria que no cumpla con las expectativas del usuario cuando se haga la respectiva gestión de la pqr por parte de los directores técnicos en la ESE ISABU	Baja	1.Realizar apertura oportuna de buzones semanalmente 2.Realizar gestión oportuna de la pqr con los directores técnicos semanalmente 3.Responder Oportunamente las pqr de los usuarios semanalmente	Se presentaron actas de apertura de buzones, se evidencian capturas de pantalla de respuestas a solicitudes y formato en Excel de control de registro de pqr. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%


- Gestión Atención ambulatoria: Este proceso tiene identificado dos (02) riesgos, con un riesgo en valoración (extrema) y un (1) riesgo con valoración en zona de riesgo alta.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Omisión en el reporte de un incidente o eventos adversos por falta de cultura en el reporte y adherencia a la seguridad del paciente durante el desarrollo de la prestación del servicio por parte de los colaboradores	Extremo	1.Sensibilizar a todos los colaboradores semestralmente sobre el reporte de eventos adversos 2. Diseño de un formato amigable para detección de incidentes y eventos adversos. 3.Implementar el formato 4.Realizar seguimiento mensual a la efectividad de la estrategia diseñada	Se anexó: consolidado eventos adversos actualizados a noviembre 23/2020, se realizó y socializó instructivo reporte de eventos adversos software panacea. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Rendimiento inadecuado de los servicios ofertados en el tiempo de emergencia COVID-19 y dificultad en seguimiento y control del riesgo en las Unidades ambulatorias	Alto	1.Realizar informe mensual de rendimiento de servicios ofertados	Se anexó: consolidado eventos adversos actualizados a noviembre 23/2020, se realizó y socializó instructivo reporte de eventos adversos software panacea, se realiza reporte diario de servicios ofertados. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%


- Gestión Urgencias: En lo que corresponde a éste proceso se identificaron dos (02) riesgos con valoración en zona de riesgo alta.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Contaminación por covid-19 secundario a prácticas inseguras durante la prestación del servicio por parte del personal asistencial en el área de urgencias del Hospital Local del Norte	Alto	1. Participación del personal asistencial en las capacitaciones, socialización de procedimientos, protocolos y rutas de atención a paciente sospechoso de covid-19. 2. Solicitar al área de almacén y seguridad y salud en el trabajo los elementos de protección personal según la necesidad del servicio de urgencias.	Se realizaron capacitaciones en temas Covid 19, se realizó registro de entrega diaria de EPP en emergencia Covid 19, Formatos de entrega de EPP. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Omisión de reporte de eventos adversos e incidentes incumpliendo el procedimiento de seguridad del paciente por parte del personal asistencial en el área de urgencias del Hospital Local del Norte	Alto	1.Participación del personal en las reuniones mensuales de grupos primarios de calidad 2. Llevar un registro mensual de los incidentes y eventos adversos reportados en el servicio.	Se realizó grupo primario con el personal del servicio de urgencias según acta de fecha 17/09/2020, se presentó registro de eventos adversos reportados por urgencias. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0


- Gestión de Internación: En cuanto a éste proceso se identificaron dos (02) riesgos con valoración en zona de riesgo extrema.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Contaminación por covid-19 secundario a prácticas inseguras durante la prestación del servicio por parte del personal asistencial en el servicio de Internación del Hospital Local del Norte	Extremo	<p>1. Participación del personal asistencial en las capacitaciones, socialización de procedimientos, protocolos y rutas de atención al paciente sospechoso de covid-19.</p> <p>2. Solicitar al área de almacén y seguridad y salud en el trabajo los elementos de protección personal según la necesidad del servicio de Internación.</p>	Se realizó capacitación y medición de adherencia a los Protocolos de limpieza y desinfección y manejo de residuos para Covid 19, reporte de eventos adversos, reunión grupo trabajo intermedio unidades habilitadas, se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Omisión en reporte de eventos adversos relacionados con medicamentos incumpliendo el programa de seguridad del paciente	Extremo	<p>1. Participación del personal en las reuniones mensuales de grupos primarios de calidad</p> <p>2. Llevar un registro mensual de los incidentes y eventos adversos reportados en el servicio</p>	Se realizó capacitación y medición de adherencia a los Protocolos de limpieza y desinfección, y manejo de residuos para Covid 19, y se realizó reporte de eventos adversos, se realizó reunión grupo de trabajo intermedio unidades habilitadas. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo	100%

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

- Gestión Cirugía y Atención de Partos: Este proceso tiene identificados dos (02) riesgos, un (01) riesgo con valoración en zona de riesgo extrema y un (01) riesgo con valoración en zona alta.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Infecciones intrahospitalarias quirúrgicas por falta de adherencia a los protocolos establecidos para los diferentes procedimientos de cirugía y atención de partos	Alta	1. Realizar mensualmente medición adherencia de protocolos 2. Realizar toma de muestras de control bacteriano en áreas y equipos. 3. Realizar Auditorías Internas de control cada 4 meses. 4. Enviar comunicación escrita a la coordinación de mantenimiento biomédico/infraestructura solicitando los arreglos locativos y cambio de mobiliario 5. Capacitación al personal de acuerdo al resultado de la medición de adherencia a protocolos.	Se realizó capacitación con el fin de Mejorar el nivel de apropiación del protocolo de lavado e higienización de manos, para la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria y en prevención de contagio del COVID 19, se realizó acta con el fin de valorar el nivel de asistencia y participación a la capacitación del protocolo de hemorragia obstétrica al personal de enfermería de sala de partos y cirugía, Se realizó acta temática RCCP neonatal, se enviaron reportes de mantenimiento biomédico. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Complicaciones quirúrgicas y de atención del parto por hallazgo imprevisto o error humano o reacción adversa a algún medicamento durante el procedimiento o atención del parto en salas de cirugía o sala de partos	Alta	1. Asignar sala de cirugía previa valoración de médico especialista 2. Diligenciamiento de valoración pre anestésica 3. Diligenciar consentimientos informados 4. Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura OMS 5. Aplicación lista de chequeo parto seguro	Se diligenciaron consentimientos informados para procedimientos quirúrgicos, se anexa relación hoja de gastos quirúrgicos, registros hoja quirúrgica de enfermería, informes quirúrgicos, lista de chequeo verificación cirugía y registro anestésico. Se evaluaron las evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%


	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

- Gestión Apoyo Terapéutico: El proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con valoración en zona de riesgo extrema.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Inoportunidad en el despacho de medicamentos y dispositivos médicos para atender la emergencia sanitaria por COVID 19, por alta demanda de productos, problemas de manufactura, discontinuación de los productos, acaparamiento por parte de otras entidades durante la prestación del servicio en la ESE ISABU	Extrema	1.Formato de pedido farmacia quincenal Documentar Listado de medicamentos y dispositivos mensuales	Se anexan formatos de perdidos a farmacia de los meses julio a noviembre de 2020, relación de estado actual de disponibilidad de medicamentos, Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Toma de muestras de pacientes sospechas de Covid 19 por parte de fisioterapia sin los adecuados elementos de protección personal por desabastecimiento, falta de recursos económicos, falta de stock de kit de toma de muestras en la prestación del servicio en la ESE ISABU	Extrema	1. Registro diario del inventario de kits para toma de muestras. 2. Notificación frente a inconsistencias presentadas durante la prestación del servicio al área de seguridad y salud en el trabajo.	Se presentaron registros de entrega diaria de elementos de protección personal, con registro de observaciones si hay lugar a ellas. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%

- Gestión Apoyo Diagnostico: El proceso tiene identificados tres (03) riesgos, con valoración de dos (02) riesgos en zona de riesgo extrema y un (01) riesgo con valoración en zona de riesgo alta.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Entrega de resultados equivocados por la incorrecta verificación de datos del usuario durante la fase preanalítica por parte del profesional que toma la muestra en las diferentes áreas operativas de la ESE ISABU	Extrema	1.Documentar la lista de chequeo para verificación de solicitud de cedula el momento de ingreso al sistema. 2.Implementar la lista de chequeo para verificación del cumplimiento de la solicitud de la cedula 3.Socializar y sensibilizar en grupos primarios	Se presentó diligenciamiento de lista de chequeo verificación de cedula, fichas indicador muestra mal marcadas. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%


	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

2	Entrega de resultados alterados relacionados con evento de salud pública de manera inoportuna cuando se valida el resultado por parte del Bacteriólogo y auxiliar en el servicio de Laboratorio Clínico	Extrema	1. Notificación vía correo electrónico	Se presentaron notificaciones vía correo electrónico de registro de pacientes críticos de laboratorio, y registro de indicadores de oportunidad en exámenes (laboratorio, imagenología, oportunidad notificación de resultados. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
			2. Registro de pacientes críticos		
3. Doble revisión por parte de la auxiliar					
3	Brindar atención inoportuna en la asignación de citas de rayos X en el servicio de radiología cuando se presentan daños en los equipos	Alto	1. Realizar Contrato de mantenimiento preventivo del equipo de rayos x	Se presentó cronograma de mantenimiento preventivo, reportes de mantenimiento correctivo y mantenimiento preventivos realizados. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
			2. Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo		
			3. Documentar el Plan de Contingencia para cuando el equipo presente una falla		

➤ Gestión Salud Pública: En lo que corresponde a este proceso se identificaron tres (03) riesgos con valoración en zona de riesgo Extrema.

➤ Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.


No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Incumplimiento de la captación y atención de la población objeto de la promoción y prevención, dificultad en seguimiento al riesgo en salud por población flotante, difícil de captar, barreras de acceso, población con extrema pobreza, durante la prestación de los servicios de Promoción y Prevención en la ESE ISABU	Extrema	1. Seguimiento mensual de cumplimiento de actividades de promoción y prevención	Se realizó control matriz de seguimiento a actividades de promoción y prevención, matriz de seguimiento gestión del riesgo. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
			2. Seguimiento a la gestión del riesgo		

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

2	Ruptura de la cadena de frío para conservación de inmunobiológicos por falta de adherencia a los procedimientos y protocolos por parte de los involucrados en el proceso	Extrema	<p>1. Documentar el procedimiento de control de cadena de frío y plan de contingencia que incluya los controles manuales y automáticos de temperatura de los refrigeradores</p> <p>2. Socializar a todo el personal involucrado en el servicio de vacunación y cada vez que ingrese personal nuevo a la institución</p> <p>3. Realizar seguimiento al cumplimiento del procedimiento a través de aplicación mensual de lista de chequeo por parte de la Coordinadora PAI.</p>	Se dio cumplimiento al ítem I y II, en el primer semestre de 2020. Se evidenció informe de seguimiento con lista de chequeo realizadas a la red de frío de vacunación en los puntos habilitados para tal fin en la Institución.	100%
3	Demora de las acciones vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por falta de identificación del evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	Extrema	1. Verificar semanal y mensualmente los diagnósticos publicados en el sistema de información garantizando la notificación de los eventos de salud pública.	Se presentaron actas comité COVE de los meses enero a noviembre 2020. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%

- Gestión Financiera: El proceso tiene identificados cinco (05) riesgos, con una valoración de dos (02) riesgos en zona de riesgo extrema y tres (03) riesgos con valoración en zona de riesgo moderada.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso.


No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Radicación extemporánea de la facturación generada por concepto de venta de servicios de salud a cuentas médicas.	Extrema	<p>1. Ejecutar cronograma establecido</p> <p>2 Realizar seguimiento a lo radicado después del 20 de cada mes revisar de acuerdo al cronograma lo proyectado versus lo ejecutado.</p>	Se presentaron capturas de pantalla a correos en entrega de evento, lista de chequeo facturación eventos, control y seguimiento de eventos. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Crecimiento de la cartera por la inoportunidad en el proceso de la radicación de facturas y de respuestas oportunas en el trámite de glosas y devoluciones, lo que genera deficiencia en el cobro de recursos financieros los cuales dan liquidez y ayudan a garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.	Extrema	<p>1. Comunicaciones constantes y permanentes gestionando cobros de los valores adeudadas a las ERP.</p> <p>2. Asistir a mesas de conciliación programadas por el ISABU o por los Entes de Control, para la conciliación de cartera, procurando suscribir acta de acuerdo de pago.</p> <p>3. Conciliaciones periódicas de glosas aceptadas a la ERPS, las cuales deben ser aplicadas en sistema de información de forma inmediata.</p>	Se anexaron informes de cartera generados del sistema, actas de conciliación, actas de compromiso, acuerdos de pago, cobro de cartera. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

3	Pérdidas patrimoniales por robos en los diferentes unidades operativas y centros de salud cuando se recauda dinero por cuotas moderadoras en la prestación del servicio en las unidades hospitalarias y centros de salud de la ESE ISABU	Moderado	1. Adquirir póliza para la persona responsable de consignación del dinero 2. Cambios de rutas en la recolección periódicamente 3. Rotación de los días de recolección y consignación de dinero.	Se anexó: póliza, actas de cierre de caja, cierres de consignaciones, planillas control de recaudo, recibos de caja cierre por panacea, certificación medios de salvaguarda. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
4	Pérdidas patrimoniales por ataques criminales a los recursos financieros de la empresa mediante ataques cibernéticos durante el desarrollo del proceso en la ESE ISABU	Extrema	1. Actualización de licencias 2. Realizar Backus de la información periódicamente	Se presentó informe con fecha 30 de noviembre de 2020, respecto del funcionamiento del recurso Firewall, y del programa de antivirus. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
5	Inadecuada aplicación de los principios y normas presupuestales en la ordenación del gasto en la ESE ISABU	Moderado	1. Realizar Actas de conciliación de manera trimestral. 2. Realizar seguimiento a través de Libro radicador CDP, RP estudios previos 3. Seguimiento a través de la macro. (actualizado los saldo presupuestales) 4. informes de ejecución presupuestal.	Se realizaron actas de conciliación cuentas por pagar, control libro radicador CDP, RP, ejecuciones presupuestales ingresos, gastos. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo	100%


- Gestión Jurídica: El proceso tiene identificados cinco (05) riesgos, un (01) riesgo con valoración en zona de riesgo baja, un (01) riesgo con valoración en zona de riesgo moderada y tres (03) riesgos con valoración en zona de riesgo alta.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de los controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición por inobservancia de los términos y procedimientos por parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU	Baja	1. Verificación de los derechos de petición y su respuesta oportuna	Se realizó control en respuestas a los derechos de petición por parte del proceso, en planilla en Excel. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Extemporaneidad en las respuestas a las acciones judiciales por desconocimiento de los términos y	Moderada	Realizar revisión diaria del estado de los procesos y realizar un informe mensual	Se presentó informe del estado de los procesos judiciales actualizado a 31 de diciembre de 2020.	100%

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

	procedimientos			Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo	
3	Indebida supervisión contractual, por falta de adherencia a la resolución 322 de 2.018 en lo concerniente a obligaciones del supervisor, durante el desarrollo del contrato en la ESE ISABU	Alta	<p>1. Continuar con la capacitación y sensibilización a los supervisores trimestralmente</p> <p>2. Realizar auditoría trimestral a los contratos para verificar la idoneidad de la planilla de pago</p>	Se realizó socialización a través de correo electrónico de fecha 01/10/2020, del procedimiento de contratación directa en el nuevo manual de contratación, se socializó por correo electrónico de fecha 29/08/2020 el formato de soporte para la cuenta de cobro dirigido a supervisores y contratistas de la E.S.E ISABU, se realizó revisión de planillas de pago conforme a constancias de cumplimiento firmadas por el supervisor del contrato. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
4	Ausencia de especificaciones técnicas claras en los requerimientos contractuales para elaboración de estudios previos en la ESE ISABU	Alta	Realizar capacitaciones a todos los supervisores que aprendan a redactar las especificaciones técnicas de los contratos	Se realizó socialización del nuevo manual de contratación a través de correo electrónico de fecha 01/10/2020. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
5	Reporte extemporáneo a las plataformas del SECOP y SIA OBSERVA de los procesos contractuales	Alta	<p>Realizar inducción y reinducción del personal nuevo que ingresa a la Institución</p> <p>Elaboración una herramienta de control</p> <p>Realizar auditoría cuatrimestral al 10% de los contratos</p>	Se realizó inducción al personal del área de contratación en el cargue de documentos a la plataforma SECOP, SIA OBSERVA, se anexa relación rendición de contratos en el SIA OBSERVA dentro de los términos establecidos y acta de auditoría por el responsable del proceso a la contratación cargada en la plataforma SIA OBSERVA.	100%

- Gestión de Recursos Físicos: El proceso tiene identificados tres (03) riesgos, dos (02) riesgos con valoración de zona de riesgo alta y un (01) riesgo con valoración en zona de riesgo extrema.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0


- Se evidenció cumplimiento del 100% de los controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Inventarios desactualizados por traslados de activos fijos sin solicitar autorización al almacén	Alta	1.Revisar el documento 2.Pasar el documento a aprobación por calidad 3.Socializar el documento con los colaboradores 4.Evaluar el conocimiento del procedimiento	Se presentó procedimiento aprobado de traslado de activos actualizado, Se realizó socialización y evaluación del procedimiento al personal. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Solicitud de insumos innecesarios por falta de procedimientos claros para la realización de pedidos mensuales por parte de los jefes de área o centro de salud	Extrema	1.Revisar el documento 2.Pasar el documento a aprobación por calidad 3.Socializar el documento con los colaboradores 4.Evaluar el conocimiento del procedimiento 5.Realizar informe bimensual de auditoria	Se presentó procedimiento aprobado de salida de insumos actualizado, se realizó socialización y evaluación del procedimiento al personal, se presentó informe de existencias por grupo detallado. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
3	Falla en los equipos biomédicos que afectan la prestación de servicio por falta de pago a los proveedores en la ESE ISABU	Alta	Realizar seguimiento al cumplimiento del contrato y reportar a la oficina gestora los inconvenientes presentados.	Se enviaron capturas de pantalla de soporte a mantenimiento biomédico. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%

- Gestión de las TICS: El proceso tiene identificado un (01) riesgo, con valoración en zona de riesgo extrema.

- Se evidenció cumplimiento del 100% de controles a los riesgos establecidos en el proceso

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	información perdida por virus ingresados al	Extrema	1.Actualizar la consola de antivirus una vez sea adquirida por la Institución	Se presentó informe con fecha 30 de noviembre de	100%


	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

sistema por no contar con licencias actualizadas antivirus		2.Mantener actualizada la licencia del firewall para apoyo de seguridad	2020, respecto del funcionamiento del recurso Firewall, y del programa de antivirus. Se evalúan evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.
--	--	---	---

- Gestión Documental: El proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con una valoración en zona de riesgo baja.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de los controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Pérdida de Documentos: Por la no adherencia del Proceso y Procedimientos de Gestión Documental en cada una de las Fases de Archivo por parte del Personal de Apoyo que tiene a cargo los Documentos en los Archivos de Gestión y Central.	Extrema	Seguimiento al Cumplimiento de procedimientos de Acceso a Documentos, mediante requerimiento o solicitud de Informe mensual de préstamos y entrega de Información, cuantos requerimientos solicitados y cuantos ejecutados, como soporte anexo registro en el respectivo Formato Acceso a Documentos e Información de las Dependencias de la Archivos de Gestión, Central e Histórico de la ESE-ISABU	La líder del proceso envió oficio con radicado 3888 de fecha 24/11/2020, a los líderes de proceso, en el que solicitó Informe mensual de préstamos de documentos y entrega de Información. Se evidencia cumplimiento, conforme a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Pérdida de Archivos: Por Emergencia y Desastres en cada una de las Fases de Archivo de Gestión y Central.	Extrema	Solicitud o requerimiento de Mantenimiento preventivo de Infraestructura de los Archivos como seguimiento a cumplimiento de mantenimiento preventivo y demás controles descritos.	La líder del proceso envió oficio con radicado 3889 de fecha 24/11/2020, de solicitud en mantenimiento preventivo de áreas/depositos de archivo e infraestructura. Se evidencia cumplimiento, conforme a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%


- Gestión Ambiental: El proceso tiene identificados dos (02) riesgos, con una valoración en zona de riesgo alta.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de los controles a los riesgos establecidos en el proceso.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Aumento del costo de los residuos biológicos en la prestación del servicio cuando se presente una emergencia sanitaria por ruta adicional en la ESE ISABU.	Alta	1. Solicitar el aumento del presupuesto ambiental que garantice la atención de emergencias sanitarias. 2. Realizar seguimiento mensual a través del formato RH1, de los residuos biológicos generados por Covid-19	Se anexaron: actas de disposición final de residuos peligrosos, manifiestos de carga, solicitud de recolección de residuos biológicos Covid 19, diligenciamiento de formato RH1. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Aumento en el pesaje de los residuos peligrosos por inadecuada segregación en la fuente durante la prestación del servicio por parte de los colaboradores de las diferentes unidades operativas de la ESE ISABU.	Alta	Seguimiento mediante visitas aleatorias a los diferentes centros de salud y unidades operativas, capacitaciones (según cronograma).	Se anexaron actas de recorrido a centros de salud para revisión de protocolos de bioseguridad, limpieza y desinfección y manejo de residuos. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%

- Gestión de Control Interno: El proceso tiene identificados dos (02) riesgos, un (01) riesgo con valoración en zona de riesgo extrema y un (01) riesgo con valoración en zona de riesgo alta.
- Se evidenció cumplimiento del 100% de los controles a los riesgos establecidos en el proceso.

No.	RIESGO	ZONA DEL RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	% CUMPLIMIENTO
1	Presentación inoportuna de informes de ley por desconocimiento en normatividad y términos de tiempos de obligatorio cumplimiento a los entes gubernamentales por parte del personal de apoyo de la oficina de Control Interno.	Extremo	Plan Anual de auditorías Cronograma de actividades, seguimientos y auditorías.	Se presentó plan anual de auditorías en el cual se incluyó, seguimientos e informes de Ley. Se evalúan evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.	100%
2	Entregar Información extemporánea por	Alta	Actas, Seguimientos y comunicaciones	Se realizaron comunicaciones de solicitudes de	100%

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	CÓDIGO	F-1300-06
	PROCESO GESTION DE CONTROL INTERNO		FECHA	28/09/2020
			VERSIÓN	1.0

parte de los líderes de procesos o dependencias requeridas por parte de la oficina de control interno para el desarrollo de las auditorías y seguimientos programados.		información, se elaboraron actas de reuniones, se presentaron informes de auditorías y seguimientos. Se evaluaron evidencias, dando cumplimiento, a las acciones asociadas al control del riesgo.
--	--	---

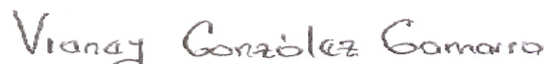
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Conforme al análisis efectuado en el seguimiento y evaluación de los riesgos de gestión institucional, correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2020, se evidenció de manera positiva, que para los cincuenta y dos (52) riesgos identificados, se implementaron los controles para mitigarlos.
- De manera general los líderes de proceso y sus equipos de trabajo desarrollaron las acciones propuestas para el control de los riesgos institucionales.
- En lo que corresponde a los controles establecidos en los riesgos de gestión institucional de la vigencia 2020, se dio un cumplimiento del 100 %.
- Se recomienda 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.

Equipo auditor:



CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
Jefe Oficina Gestión y Control Interno



VIANEY GONZALEZ GAMARRA
Profesional de Apoyo Control Interno