


# INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR PROCESO Y CORRUPCION AÑO 2016





**Hospital San Roque**  
Empresa Social del Estado  
Pradera-Valle

## **INFORME SEGUIMIENTO A RIESGOS AÑO 2016**

**Código:** EV-FT-16

**Versión:** 01

**Página** 2 de 33

### **INTRODUCCIÓN**

Atendiendo a lo estipulado en la Ley 87 de 1993, el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1083 de 2015, la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital San Roque de Pradera, realizó seguimiento y evaluación a la gestión de los riesgos identificados por procesos y de corrupción, de conformidad con los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción versión 2015" y las "estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano versión 2.

En su función de evaluación y seguimiento, presenta el Informe del Seguimiento realizado al Mapa de Riesgos por Procesos y de Corrupción de la vigencia 2016. Este informe evalúa la ejecución de las acciones y controles establecidos sobre los riesgos identificados por cada una de las áreas, a fin de evitar la materialización de los mismos.



**Hospital San Roque**  
Empresa Social del Estado  
Pradera-Valle

## INFORME SEGUIMIENTO A RIESGOS AÑO 2016

**Código:** EV-FT-16

**Versión:** 01

**Página** 3 de 33

### MARCO LEGAL

- Ley 87 de 1993
- Ley 1474 de 2011
- Decreto 1083 de 2015
- Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción versión 2015
- Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano versión 2.
- Decreto 124 del 26 de Enero de 2016 por el cual se sustituye el capítulo IV de la parte I del libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.

# RIESGOS POR PROCESOS

## 1. PROCESOS GERENCIALES

### 1.1 GESTION ESTRATEGICA

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Formular y socializar el Plan de Desarrollo	1.1 Incumplimiento 1.2 Desacierto frente a los objetivos institucionales 1.3 Perdida de imagen y credibilidad	* Evidencia de la socialización del Plan Estratégico. * Evidencia del plan de inducción y reinducción a los servidores públicos. * Evidencia de la capacitación sobre normatividad y ajustada elaboración del Plan Estratégico	* Se evidencia seguimiento al 53% de los proyectos del Plan de desarrollo (2012-2016) a través de los Planes de Acción. * Se evidencia construcción del anteproyecto del nuevo Plan de Desarrollo (2017-2020)	Sensibilizar a la comunidad y líderes de proceso la construcción del nuevo Plan de Desarrollo 2017-2020  Construir el Plan de Desarrollo 2017-2020 teniendo en cuenta la normatividad, enfocado en el deber ser de la entidad.
2. Formular la política y objetivos de calidad	2.1 Incumplimiento en la formulación de la política y objetivos del SGC.	* Cumplimiento de la política y objetivos de calidad. * Evidencia de la socialización a los servidores públicos de la política y objetivos de calidad.	*Se evidencia, a través de los resultados de los indicadores de los procesos el cumplimiento con el cumplimiento de la política y objetivos de calidad. * Se revisaron hojas de vida de los funcionarios nuevos de la entidad y no se evidencia socialización de la política y objetivos de calidad.	Se debe establecer indicadores que evidencien el real impacto de éstos por cada proceso de la organización  Se sugiere realizar un video institucional que permita mejorar la sensibilización del servidor público en el proceso de inducción y reinducción.
3. Definir el Plan de Acción	3.1 Incumplimiento de los planes de acción	* Inspección física sobre la implementación de los planes de acción por proceso.	Los planes de acción fueron ejecutados de acuerdo a los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional (2012-2016)	Establecer los planes de acción de acuerdo a los proyectos descritos en el Plan de Desarrollo 2017-2020
4. Asignar los Recursos	4.1 Inexactitud en la asignación de recursos	* Programación anual de los recursos en el Presupuesto de la entidad.	Se evidencia Programación Presupuestal de los proyectos incluidos en el Plan de Desarrollo de la entidad. Ver Presupuesto ejecutado.	Solicitar más especificidad en los rubros presupuestales frente a las actividades, programas y proyectos del Plan de Desarrollo.
5. Asignar las Responsabilidades y autoridad	5.1 Ausencia de comunicación	Actas o registro donde se evidencie la socialización y aplicación de la matriz de comunicación.	No se evidencia inducción ni reinducción la matriz de comunicación	Realizar reinducción sobre la matriz de comunicación, porque se tiende a desconocer los líderes de proceso asignados.
6. Definir las características del servicio	6.1 Inexactitud al definir las características de los diferentes servicios que brinda la organización.	Portafolio de servicios de la Institución.  Protocolos de cada servicio.	Al indagar a los funcionarios de la entidad si conocen las características de cada servicio que brinda la entidad, el 85% no sabía con exactitud.	Realizar reinducción a todos los servidores de la entidad de los servicios que brinda la entidad y entregar portafolio de servicios.
7. Realizar Comités de Gerencia	7.1 Incumplimiento en las fechas programadas para realizar el Comité.	Porcentaje de reuniones ejecutadas	No se evidencia actas de Comité de Gerencia ni cronograma en el año 2016	Realizar el Acta de constitución del Comité de Gerencia y el cronograma de los Comités de Gerencia
	Desconocimiento de normatividad del	Actas o registro de la capacitación	Se evidencia capacitación a la encargada de los procesos de	Establecer compromiso con el

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
8. Disponer de Asesoría Jurídica	sector salud.		contratación (Diplomado en Gestión Pública) realizado en la Escuela Superior de Admón Pública ESAP.	Asesor Jurídico para realizar los informes de los procesos jurídicos ante el Ministerio de Salud y Protección social.
	Desviación del objeto de la denuncia.	Verificar el cumplimiento de la continuidad de las denuncias.	Se realizó 2 informes ejecutivos trimestrales (primero y segundo trimestre) de los procesos jurídicos al Ministerio de Salud y Protección Social, quedó pendiente por presentar el tercer trimestre.	Solicitar al Asesor jurídico un informe de los derechos de petición y acciones de tutela
	Manejo inadecuado de expedientes y documentos.	Actas donde se evidencie el manejo del archivo y las tablas de retención documental.	Se evidencia cumplimiento de las normas de archivo e los expedientes y contratos que se manejan en la entidad.	
9. Preparar las reuniones de Junta Directiva	9.1 Incumplimiento	Porcentaje de cumplimiento de las reuniones programadas	Se evidencia a través de las actas de Junta Directiva reuniones realizadas, pero no se tiene un cronograma establecido.	Establecer cronograma de reuniones de Junta Directiva.
10. Negociar todo lo relacionado con la Contratación.	10.1 No revisión exhaustiva de contratos.	Cumplimiento de los requisitos de la contratación.	Se revisaron los contratos realizados vigencia 2016 con las EPS-S y sólo se pudo contratar por capitación con Emssanar, con Asmetsalud no se realizó contrato, pero se le prestan los servicios por evento.	Realizar contratación con EPS-S el primer día del mes y año siguiente a la terminación del anterior contrato.  Revisión por los líderes de proceso involucrados en la prestación de servicios de la contratación propuesta por las EPS-S y poder objetar a tiempo ítems no convenientes para la entidad.
11. Revisar el Sistema de Gestión de Calidad	Ausencia de seguimiento	Nivel de avance en el diseño, implementación y mantenimiento del SGC	Para la vigencia 2016, el mantenimiento del SGC disminuyó, evidenciado en la programación tardía de las Auditorías Internas.  Se evidencia revisión de procedimientos y protocolos en las actividades misionales de la entidad. Igualmente actualización de procedimientos en procesos de Ingreso al servicio, Apoyo a la prestación de servicios, Gestión Administrativa y Gestión Humana.	Establecer y cumplir cronograma de seguimiento a las actividades implementadas del SGC.  Recapacitar a los líderes de proceso en seguridad del paciente.  Realizar capacitación en la integración de las Auditorías Internas del SGC y el MECI.  Capacitar a los líderes en la nueva ISO 9001:2015
12. Tomar acciones preventivas, correctivas y de	Ausencia de seguimiento de las acciones correctivas y preventivas.	Seguimiento a los planes de mejora	Se evidencia cumplimiento a los planes de mejora establecidos por auditorías de las EPS-S, auditorías externas	Incentivar al personal para que reporten e informen acciones correctivas y preventivas que se detecten en los procesos.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
mejora con respecto al cumplimiento del Plan de mejora y al resultado de los indicadores	No realizar seguimiento a las acciones correctivas o preventivas		y auditoría interna, pero no se plantea de fondo la causa raíz de la no conformidad encontrada.	Verificar la eficacia de las actividades propuestas para el cierre de las acciones correctivas y preventivas reportadas.

### RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Concentración de autoridad	Cumplimiento del Manual de Funciones	No se realizó Capacitación a los directivos de la entidad en cuanto a las funciones del manual de funciones y Competencias Laborales	Se recomienda capacitar a los nuevos directivos sobre el conocimiento del Manual de Funciones y competencias laborales.
2. Incumplimientos legales	Acuerdo aprobación Plan de Desarrollo	El Plan de Desarrollo 2017-2020 "Pradera crece como un municipio saludable", fue presentado por la Gerente en Propiedad	Una vez aprobado el Plan de Desarrollo 2017-2020 por la Junta Directiva, socializar a los empleados de la entidad.
3. Vencimiento de términos en tutelas o procesos jurídicos en contra de la ESE	Radicación y verificación de los términos	Implementar Registro radicador de tutelas, acciones populares y derechos de petición	Aun no se ha implementado el registro de tutelas, acciones populares y derechos de petición, donde se evidencie el cumplimiento de los términos normativos.  Para la vigencia 2017 se debe implementar este registro para evitar la materialización del riesgo.
4. Celebración de Contratos sin el lleno de requisitos o que no se ajusten a las necesidades de la Entidad.	verificación de los requisitos normativos	Revisión de los Estudios Previos y/o pliego de condiciones frente al contenido del contrato.  Actualización normativa en materia contractual.	Se realiza muestreo de contratos y se evidencia el cumplimiento normativo de los requisitos legales.
5. Decisiones erróneas al aprobar Estudios y documentos previos o de factibilidad para la adquisición de un bien o servicio,	Verificación y aprobación por parte del comité de Contratación de los documentos y estudios previos para iniciar proceso de selección	Fortalecimiento de la Planeación de la contratación  Adecuada estructuración de los documentos y estudios previos.  Definir Perfiles y competencias de los profesionales involucrados en el Comité de contratación	Se evidencia el 100% de cumplimiento de los Estudios y documentos previos, pero no es revisado por el Comité de contratación, debido a que según el nuevo Estatuto de Contratación de la entidad, éste sólo revisa o lo correspondiente a licitación pública.
6. Contratar con compañías de papel, especialmente creadas para participar en procesos específicos que	Revisión detallada por parte del área competente, de la documentación aportada por los proponentes	Establecer y documentar puntos de control para evaluación de propuestas y suscripción de los contratos	Actualización del Procedimiento de contratación.

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
no cuentan con la experiencia necesaria, pero si con capacidad financiera.			
7. Falencias en el seguimiento a la ejecución del contrato	<p>Lista de chequeo Evidencias de la supervisión (Actas de supervisión, informes, etc.)</p> <p>Dar cumplimiento al Manual de Supervisión y/o interventoría</p>	<p>Diseñar procedimiento de designación de supervisores, sus términos, su notificación y la entrega completa de documentos para ejercer la supervisión.</p> <p>Programar y Realizar capacitaciones en temas relacionados con la supervisión</p>	<p>Se tiene procedimiento desactualizado de Supervisión e interventoría a la contratación.</p> <p>Se evidencia asignación escrita de supervisión a la contratación de la entidad y se cumple lo establecido en el procedimiento establecido GE-PR-11.</p> <p>Se recomienda solicitar una recapacitación a la ESAP en Supervisión e interventoría de contratos.</p>

### 1.2 GESTION DE CALIDAD

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Planificar el SGC (cronograma de implementación, definición de roles y responsabilidades, planes de mantenimiento y mejora del sistema).	Incumplimiento en los objetivos trazados	Cronograma de actividades del SGC.	Se revisó el cronograma de las actividades que se programaron para el sistema de gestión de calidad y se cumplió con el 84% de las actividades.	Realizar, ajustar e implementar el cronograma de actividades, en el cual se estipulen las actividades que se deben desarrollar para dar cumplimiento a los objetivos del SGC.
2. Planificar la encuesta de satisfacción del usuario, aplicarla y tabular los resultados	<p>Incumplimiento en la ejecución de la encuesta.</p> <p>Sesgo en la encuesta por inadecuada herramienta para el cálculo de la muestra</p>	<p>Cumplimiento al cronograma de aplicación de Encuesta de satisfacción.</p> <p>Herramienta establecida para el cálculo de la muestra</p>	<p>Se asignó funcionario del área asistencial de medio tiempo para realizar la encuesta a los usuarios que reciben los servicios de la entidad.</p> <p>El cálculo, tabulado e informe de la encuesta es realizado por coordinador de calidad</p>	Capacitar a varios funcionarios asistenciales y administrativos en el diligenciamiento de la encuesta, para no detener la continuidad en el proceso de ejecución
3. Estandarizar procesos	Desconocimiento de los líderes de proceso en cuanto al SGC.	Representante Legal y líderes de procesos comprometidos con la implementación y mejoramiento del SGC.	Estabilización de los líderes lo que ha permitido retomar y afianzar los procesos establecidos.	Realizar reinducción en el Sistema de Gestión de Calidad a todo el personal de la entidad
	Documentos desactualizados	Revisión periódica del listado maestro	Se realizó revisión a los formatos establecidos por el Sistema de	Resocializar a todo el personal de la entidad el

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
	disponibles en los puestos de trabajo.	de Registros y documentos	Gestión de Calidad, para evitar la utilización de obsoleto.  Revisión de los documentos y Registros con el líder de proceso, con el fin de asegurar que las actividades desarrolladas son acordes con las plasmadas en los procedimientos del SGC.	control de documentos y registros.  Realizar revisión periódica a los procedimientos del SGC
4. Divulgar la documentación aprobada y temas inherentes a la cultura de calidad.	Desconocimiento de los documentos que soportan el SGC por deficiencias en la divulgación.	Actas donde se evidencie la divulgación de nuevos documentos y temas inherentes al SGC	Se socializa cambios en los documentos a través de listados verificables por cada líder de proceso.	Continuar con el seguimiento a las acciones establecidas.
5. Realizar comités de calidad	Incumplimiento en las fechas programadas para realizar el Comité	Seguimiento a las reuniones en las actas del Comité de Calidad.	Por cambio del Coordinador de calidad, no se siguió el cumplimiento al cronograma establecido del Comité de Calidad, sólo se estabilizó a mediados de junio de 2016	Dar cumplimiento al cronograma establecido.
6. Realizar seguimiento al tratamiento del producto o servicio no conforme, las acciones correctivas y las acciones preventivas	Recurrencia de la no conformidad por falta de seguimiento.	Seguimiento al tratamiento y cierre de las No Conformidades y del Producto Servicio No Conforme	A través del seguimiento al registro GC-FT-08 "Plan de mejora y seguimiento", se puede visualizar el cumplimiento de las acciones correctivas y/o preventivas resultantes de auditoría interna, auditorías externas, auditorías de entes de control y producto y/o servicio no conforme.	Continuar con el seguimiento al plan de mejora GC-FT-08 establecido.  Realizar la evaluación de la eficacia a las actividades establecidas por las no conformidades detectadas.
7. Efectuar seguimiento al desempeño de los procesos.	Ausencia de seguimiento	Seguimiento al resultado de los indicadores del procesos  Resultados de la revisión gerencial del SGC	Se están midiendo los indicadores establecidos, aunque falta más análisis en la causa raíz del no cumplimiento de las metas establecidas	Realizar una batería de indicadores por cada proceso que midan el real impacto de éstos por los servicios que brinda la entidad
8. Tomar acciones correctivas o preventivas de acuerdo con los resultados de los indicadores.	Incumplimiento del procedimiento de acciones correctivas y preventivas.	Actas donde se evidencie la divulgación. Seguimiento al tratamiento y cierre de las No Conformidades y del Producto o Servicio No Conforme	Sólo se evidencia el reporte de un no conforme con su respectivo cierre en el mes de marzo de 2016	Crear cultura al personal para el reporte de no conformes y/o eventos adversos.  Verificar el cierre de las acciones correctivas y preventivas reportadas.



### RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Deficiencias en el manejo documental y de archivos del Sistema de Gestión de calidad	Verificación trimestral del estado del listado maestro de documentos y Registros	Actualización y revisión del listado Maestro de documentos y registros	Resocializar a todo el personal de la entidad el control de documentos y registros.  Continuar con la acción establecida y resocializar los cambios efectuados en temas de procedimientos y registros.

### 1.3 GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACION

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Efectuar cronograma de Actividades Estadísticas	Incumplimiento del Cronograma de Actividades.	Periodicidad y días para entrega de los informes	Se encuentra demasiados subprocesos a cargo de este proceso.  Se evidencia cumplimiento del cronograma de actividades programadas de acuerdo a los requerimientos de los diferentes entes de control y EPS	Redefinir responsabilidades del proceso de Gestión de la información y comunicación.  Continuar con el cumplimiento del cronograma establecido.
2. Seleccionar y elaborar informes estadísticos.  Validar la Información.  Corregir la información que no esté acorde con la suministrada por el software.	Inexactitud de la información	Revisión diaria de la información.  Corrección semanal de las inconsistencias encontradas.  Validación de la información semanalmente.	Se evidencia revisión diaria al diligenciamiento del diagnóstico médico, para evitar cambio en el perfil epidemiológico de la entidad, además de entrega oportuna en los informes estadísticos requeridos por los diferentes organismos que los requieran y EPS tanto contributivas como subsidiadas.  No se evidencia actualización del software  Persiste mal diligenciamiento por parte del personal médico de la causa de consulta, diagnóstico y tipo de éste.	Actualizar el software asistencial para minimizar las falencias que se presentan en el diligenciamiento de los datos del usuario.  Recapacitar al personal médico en el correcto diligenciamiento de la causa de consulta, diagnóstico y tipo de dx, para evitar distorsionar el perfil epidemiológico de los que consultan a la ESE.  Ejecutar las obligaciones adquiridas por los profesionales que están diligenciando mal los Rips, a fin de evitar distorsión en el dato estadístico.
3. Realizar mantenimiento	Mal funcionamiento	Se realiza mantenimiento al	Sólo se realizó el 62,4% de mantenimiento al hardware.	Continuar contratación para el mantenimiento

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
preventivo y correctivo del Software y Hardware (Anulación de facturas, registros en blanco y errores del sistema)	del Software y Hardware.	software y hardware.  Existe plan de mantenimiento.	Se evidencia en el contrato No. 153 del 8 de agosto de 2016 actualización del software financiero y con el contrato No.173 mantenimiento del software financiero. A través del contrato No.214 del 1º de diciembre de 2016 un porcentaje mínimo de actualización del software misional.	tanto del software financiero y misional.
4. Efectuar copias de seguridad de los diferentes Software que se manejan en la institución e información producida por cada proceso	Pérdida de la información.	Realizar copias de seguridad	Se revisó el formato GIC-FT- 22 "Registro copias de seguridad Software", en el cual se evidencia el registro de copias de seguridad, automáticas que se generan diariamente; Software misional dos copias al día.  Para el software financiero no se evidenció copias de seguridad de la información.  No se realiza el backup en red de los archivos de los equipos de los líderes de proceso	Implementar las medidas de seguridad tanto para el software financiero y misional, que garantice la permanencia del dato  Establecer política de seguridad de la información que se maneja en la entidad.
5. Elaborar el plan de capacitación de manejo del Software de los diferentes procesos involucrados.	Incumplimiento de Cronograma de Actividades.	Capacitación sobre el manejo del software.	Producto de la actualización tanto del software financiero y misional, se realizó capacitación sobre estos softwares, tanto al personal administrativo, médicos, auxiliares de enfermería y odontólogos.  A pesar de que se asignó funcionario de medio tiempo al área de Sistemas, persiste sobrecarga laboral, debido a los constantes informes que requieren los usuarios internos y que deben parametrizarse en el momento que los requieran.	Establecer cronograma periódico para realizar reinducción al personal asistencial y asegurar la calidad del dato ingresado,  Realizar contratación de mantenimiento tanto del software financiero como misional.
6. Parametrizar las actividades realizadas acorde a la reglamentación legal.	Inconsistencias en la parametrización.	Existe parametrización de acuerdo a los requerimientos del usuario.	Persiste debilidad en la parametrización de la Resolución 4505.  Se evidencia parametrización de tarifas de medicamentos por el área de sistemas	Se recomienda asegurar el mantenimiento tanto al software misional y el financiero.  Responsabilizar la parametrización de tarifas al proceso de facturación (Medicamentos)
7. Ajustar las bases de datos de las diferentes entidades con las cuales tenemos contratos.	Atender usuarios no incluidos en la contratación	Actualización de ingreso o novedades de usuarios contratados con las EPS-S cada vez que son suministradas por las mismas.  Verificación telefónica	Se continúa verificando a través de la página del Fosyga el régimen al cual pertenece el usuario, lo que conlleva a disminuir las glosas por doble afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.  Igualmente se consultan a los usuarios	continuar con las acciones implementadas

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
		de los usuarios de las diferentes EPS, con las cuales tenemos contratación.	en la página Web de cada EPS-S y/o EPS-C o en las bases de datos que éstas suministran mensualmente. Para el régimen contributivo esta información también se puede verificar vía telefónica.	
8. Elaborar, presentar e implementar las Tablas de Retención documental.	Incumplimiento de la ley 594 del 2000	Existen tablas de retención documental.	A pesar de tener implementadas las Tablas de Retención Documental, se debe recapacitar al personal porque tienden a asignar códigos que no pertenecen al asunto que están enviando.  Establecer procedimiento para el manejo de la Gestión Documental.	Asignar personal para el manejo de la Gestión Documental.  Realizar procedimiento para el manejo de la Gestión Documental a nivel de la entidad.
9. Implementar la Ventanilla Única y Supervisar el cumplimiento de las políticas y normas archivísticas en la Entidad.	Que no exista control Y confidencialidad de la correspondencia	Se encuentra implementada la Ventanilla Única, para radicación de correspondencia interna y externa.	Se tiene asignado recurso humano para el manejo de la ventanilla única.  No existe procedimiento o instructivo para el manejo de la ventanilla única.	Realizar procedimiento o instructivo para el manejo de la ventanilla única de la entidad.
10. Realizar apertura e identificación de la Historia Clínica del usuario.	inconsistencias en la información administrativa de la Historia Clínica	Se solicita documento de identidad para la apertura de la H.C	Se evidencia adecuada apertura de la historia clínica por parte del funcionario, ajustándose a la Resolución 1995 de 1999.  Reducir el porcentaje de historias clínicas manuales.	Automatizar el 100% de la Historia clínica, para tener integralidad de la información del usuario.
11. Verificar el buen uso del archivo de la Historia Clínica, realizar evaluación cualitativa y cuantitativa y el análisis de los eventos a través del comité de vigilancia Epidemiológica para toma de decisiones administrativas y asistenciales	Historia Clínica Extraviada.  Baja calidad del en la Historia Clínica.  Incumplimiento al cronograma de COVE.  No existen formalmente planes de acción resultantes de los COVE.	Se tienen listados de chequeo de la salida y entrada de Historias Clínicas al archivo.  Existen tarjetas de reemplazo para las historias Clínicas que por algún motivo deban permanecer por fuera del archivo durante más de una jornada laboral.  Existe comité de Historias Clínicas.  Existe cronograma de COVE.  Planes de acción para el seguimiento de los COVES	Se evidencia cumplimiento en un 80% a la programación del Comité de Vigilancia Epidemiológica.  Sólo se cumplieron en un 40% los planes de acción producto de las actividades resultante del Comité de Vigilancia Epidemiológica,	Revisar el cumplimiento de la programación del Comité de Vigilancia Epidemiológica.  Designar responsables de las actividades producto de los planes de acción del Comité de Vigilancia Epidemiológica.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
12. Diligenciar y analizar los indicadores del proceso.	Información de los indicadores poco confiables	Seguimiento a los indicadores del proceso	Se evidencia cuadro de mando de indicadores de producción y calidad con su respectivo análisis anual.	Continuar con el seguimiento a los indicadores de cada proceso
13. Analizar los porcentajes encontrados por cada proceso, para la toma de acciones correctivas y preventivas.	No establecer acciones indicadas.	Cumplimiento de los planes de mejora	El 12 de diciembre de 2016 la enfermera Jefe dictó capacitación sobre diferencias entre acciones correctivas, preventivas y corrección.  No se evidencia reporte de producto y/o servicio no conforme por los funcionarios de la entidad.	Incentivar al personal de la entidad para el reporte del Producto y/o servicio no conforme, a fin de subsanar con acciones correctivas y/o preventivas

### RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Filtración inadecuada de información de la entidad.	Procedimiento de comunicación interna y externa	Actualizar el manual de comunicación interna y externa, donde se establezca el portavoz de comunicaciones a las diferentes instancias.  Diseñar políticas claras y objetivas de comunicación.	No se ha actualizado el Manual de comunicación interna y externa  Diseñar Políticas de comunicación de la entidad.
2. Acumulación excesiva de documentos en las oficinas	Transferir al Archivo Central los documentos en las tablas de Retención Documental	Readecuar el espacio físico del Archivo Central con la infraestructura requerida.  Asignar y capacitar funcionario para el manejo del Archivo Central.	No se evidencia el porcentaje de transferencias documentales, por falta de asignación de un funcionario para ejecutar esta actividad y el manejo del Archivo Central.
3. Fuga de información confidencial de la entidad por parte de contratista o funcionarios	Acceso de información restringido según la confidencialidad de la información, manejado desde el servidor.	Implementar planes de sensibilización y cultura en seguridad de la información.  Actualizar Código de Buen Gobierno, donde se establezcan políticas de seguridad y buen manejo de la información.  Crear permisos de acceso a la información de los softwares institucionales, de acuerdo a perfiles del cargo.  Desarrollar un manual de seguridad de la información.	No se evidencia Manual ni políticas definidas para la seguridad de la información.  Establecer y definir permisos para el manejo de los softwares de la entidad, de acuerdo a la actividad realizada.

## 2. PROCESOS MISIONALES

### 2.1 INGRESO AL SERVICIO

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Admitir el usuario	Captura inadecuada de los datos	Verificación de la base de datos de los usuarios.  Documento de identidad del usuario  Manejo del software	Aleatoriamente se verificó actualización de datos ingresados de usuarios atendidos en los diferentes servicios de la entidad.	Continuar con el seguimiento a las acciones establecidas.
2. Validar telefónicamente los datos del usuario	Información errada	Documento de identidad del paciente.  Línea telefónica en buen estado	Se toma muestra aleatoria del formato de autorizaciones para verificar la autorización de la respectiva EPS-C, a fin de evitar glosas por falta de ésta.	Continuar con los controles establecidos.
3. Programar agenda	Agenda mal programada	Cuadro de turno de médicos.  Garantizar que los empleados reciban capacitación sobre la programación de la agenda	Se evidencia reinducción en la actualización del software asistencial a los facturadores en el manejo de la agenda médica y odontológica.	Continuar con el seguimiento a los controles establecidos
4. Confirmar datos para asignar cita	No se confirman datos del usuario para asignar cita	Verificación en las bases los datos del usuario.  Solicitar documento de identidad del usuario  Actualización datos del usuario en el software de facturación.	Se continúa con la confirmación adecuada de los datos de los usuarios a través del Fosyga, página web de las EPS y bases de datos proporcionados por las EPS-S	Continuar con los controles establecidos.
5. Facturar y cobrar los derechos económicos	Pérdida de recursos	Capacitación programada a los facturadores.  Control de la facturación con respecto a lo que se cobra.	Aleatoriamente se verifica con el usuario pagos realizados en la entidad por servicios prestados.  Se realiza capacitación a los facturadores.	Continuar con los controles establecidos.
6. Diligenciar y analizar los indicadores del proceso	No calcular y analizar los indicadores del proceso	Informe periódico y comportamiento de los indicadores para la toma de acciones correctivas	Durante lo corrido del año 2016 sólo se realizó el cálculo del indicador Porcentaje de Recaudación de la facturación realizada por la ESE	Diseñar indicadores que permitan una adecuada toma de decisiones administrativas y gerenciales.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
7. Realizar acciones correctivas o preventivas de acuerdo con los resultados de los indicadores de oportunidad y las quejas o sugerencias.	No se evidencia la mejora continua del proceso	Seguimiento al plan de mejoramiento de las PQRS.  Seguimiento a las acciones Correctivas.	Ejecutar plan de mejora producto del informe de quejas y reclamos donde el área de facturación de consulta externa evidencia falta de humanización.  No hubo reporte de no conformes	Realizar inducción y reinducción de los riesgos asociados al proceso y el oportuno reporte de no conformes.
8. Verificar el cumplimiento de las agendas programadas	No verificar el cumplimiento de las agendas programadas	Seguimiento de la agenda asignada vs la agenda ejecutada.	Los facturadores revisan diariamente el cumplimiento de la programación de las agendas.	Diseñar un registro para realizar control permanente al cumplimiento de la agenda programada.

## 2.2 PRESTACION DEL SERVICIO

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Planear actividades de Promoción y prevención.	Falta de planeación.	Ajustar el recurso humano e insumos de acuerdo a lo contratado para Promoción y prevención.  Verificación de cumplimiento de metas con los líderes de proceso y responsables de las actividades de Promoción y prevención.	No se revisaron las metas contratadas con la EPS-S Emsanar.	Revisar y ajustar las metas antes de efectuar la contratación de la siguiente vigencia
2. Planear acciones para las enfermedades de interés en Salud Pública.	Incremento de enfermedades.	Búsqueda activa de pacientes con enfermedades de interés en salud pública Presencia de programas de interés en salud pública.  Comité de Vigilancia en Salud Pública.  Presencia de programas de interés en salud pública.	Se amplía la búsqueda de enfermedades en salud pública, a través del plan de intervenciones colectivas( PIC)  Se realiza Comité de Vigilancia en Salud Pública.  Existen programas de Interés en Salud Pública, pero falta actualización efectiva, para el adecuado manejo de estos programas.	Continuar con el Comité de Vigilancia Epidemiológica y evidenciar planes de acción producto de temas en Enfermedades de Interés en Salud Pública.  Realizar el plan de actualización de enfermedades

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
3. Manejo de protocolos.	No utilización de los protocolos.	Disposición de protocolos en los procesos asistenciales.  Actualización y socialización de protocolos.	Se evidencia la existencia de protocolos de procesos asistenciales  Se realiza actualización y socialización de protocolos	Continuar con la evaluación a la utilización de protocolos a través del comité de historia clínica.
4. Tomar Signos vitales.	Toma inadecuada de los signos	Lista de chequeo para verificar la adecuada toma de signos vitales.  Capacitación, reinducción y entrenamiento periódico en la toma de signos vitales.	No se diligencia lista de chequeo toma de signos vitales.  El 22 de Agosto de 2016 se realiza capacitación y reinducción en toma y registro de signos vitales.	Realizar seguimiento a la toma de signos vitales
5. Clasificar el usuario según triage	Mala clasificación y no atención de una urgencia vital.	Competencias y habilidades de cada médico en el servicio de urgencias.  Formato y Software para la clasificación del triage	Competencias y habilidades de cada médico en el servicio de urgencias, los cuales presentan capacitaciones en reanimación cardiopulmonar(RCP )  No se evidencia la verificación de la pertinencia en la clasificación del Triage	Verificar aleatoriamente la pertinencia en la clasificación del triage
6. Atender consulta de urgencias.	Accidente por riesgo biológico.	Existencia de elementos de protección personal.  Comité paritario de Salud Ocupacional.  Charlas educativas sobre manejo de normas de bioseguridad.	Se entrega elementos de protección personal al 100% de los empleados  Socialización y seguimiento a las normas de bioseguridad.	Continuar con la verificación del cumplimiento de las normas de bioseguridad y dotación de elementos de protección personal.
7. Remitir pacientes	No contar con servicio de ambulancia habilitada y dotada adecuadamente	Se cuenta con tres ambulancias habilitadas y dotadas	Dotación permanente de las tres ambulancias Habilitadas	Continuar con la inspección permanente de equipamiento completo de las ambulancias, de acuerdo a la norma de habilitación 2003
8. Atender Hospitalización	Presencia de eventos adversos.	Formato para seguimiento a eventos adversos.  Educación y orientación al paciente y familiares sobre prevención de accidentes.  Barandas instaladas de	Se evidencia revisión del formato y capacitación en evento adverso.  No funciona el timbre instalado para utilización del usuario.  No se evidencia camas	Gestionar la implementación de sistema de llamado.  Gestionar la adecuación o compra de camas con Barandas  Realizar la adecuada entrega de turno.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
		las camas y camillas hospitalarias.  Entrega del turno.	con barandas  No se evidencia verificación de la entrega de turnos	
9. Atender consulta externa.	Poca oferta en consulta externa.	Recurso humano suficiente para atender la demanda del servicio	El indicador de oportunidad de asignación de la cita al usuario está en 1,9 días indicando que estamos cumpliendo la normatividad legal vigente	Continuar con la medición del indicador mensual.
10. Atender consulta odontológica	Contaminación cruzada por malas técnicas de asepsia.	Registro de esterilización	Se evidencia seguimiento a través del registro de esterilización.	Continuar con el seguimiento y capacitar al personal responsable de la esterilización de los equipos en adecuada técnica aséptica.
11. Efectuar actividades de promoción y prevención.	Aumento de las enfermedades.	Seguimiento y auditoria a los programas de PyP.	Se evidencia seguimiento a través de los indicadores, auditorías internas y auditorías externas de las EPS	Continuar con la medición de los indicadores y auditorias.
12. Revisar la Historia clínica	Historia Clínica incompleta	Realización de comités de Historias clínicas  Capacitación del manejo del software asistencial al personal nuevo.	Comité de historias clínicas activo, pero debe ajustarse el cronograma de periodicidad de acuerdo a la norma.  Se evidencia reinducción en la actualización del software a todo el personal asistencial..	Continuar con el seguimiento del adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica, a través de la evaluación en el comité.
13. Realizar Fichas de notificación obligatoria.	No diligenciar las fichas de notificación obligatoria.	Registro de fichas epidemiológicas.  Personal capacitado para diligenciar las fichas de notificación.  Actualización periódica del SIVIGILA en el software	Persisten médicos sin llenar la ficha epidemiológica de manera adecuada.  Se evidencia capacitación al diligenciamiento de las fichas a los médicos rurales que ingresaron  Se evidencia aplicativo de sivigila actualizado, con versión 1.3.0-765630408201-2016	Programar reinducciones periódicas al personal asistencial.
14. Diligenciar el certificado de defunción y Nacido Vivo	Perdida y mal diligenciamiento del certificado de defunción y del Nacido Vivo	Auditoria de los formularios diligenciados.  Capacitación a los médicos que ingresan al	Se realiza seguimiento al diligenciamiento de certificados de defunción Y nacidos vivos, encontrando 11 certificados de	Continuar con los controles establecidos y crear el comité de estadísticas vitales.





## INFORME SEGUIMIENTO A RIESGOS AÑO 2016

**Código:** EV-FT-16

**Versión:** 01

**Página** 17 de 33

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
		Hospital en el correcto diligenciamiento de los certificados.  Control de movimiento y consecutivo de formularios de defunción y Nacido vivo	defunción y 44 certificados de nacidos vivos, que fueron expedidos pero no se ingresaron al RUAF.  Se evidencia capacitación al diligenciamiento de los certificado de defunción y Nacido vivo a los médicos rurales que ingresaron  No se evidencia resolución de creación de Comité de Estadísticas Vitales	
15. Diligenciar y analizar los indicadores del proceso	No diligenciar y analizar los indicadores	Se diligencian los indicadores de obligatorio cumplimiento	Se evidencia el monitoreo a los indicadores de cada proceso	Continuar con el seguimiento y análisis en el comité de calidad y Control Interno

### RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Accidentes Laborales por falta de elementos de protección personal.	Lista de chequeo uso elementos de Protección  Verificación de stock de elementos de protección	Revisión una vez por semana del uso de los elementos de protección personal	Continuar con la "Inspección uso de Elementos de Protección Personal" registro GH-FT-64
2. Estancias de Hospitalización Prolongadas objeto de glosas por las EPS	Verificación del seguimiento a los médicos por el coordinador médico	Mediante listas de chequeo verificar la pertinencia de las evoluciones realizadas por los médicos.	Se alcanza el 90% de pertinencia en las estancias de los pacientes hospitalizados.

### 2.3 APOYO A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Solicitar la orden de servicios por parte del profesional involucrado con respecto a: Laboratorio clínico, terapia física, ecografías, consulta psicológica, administración de medicamentos , y toma de rayos x	Falta de insumos para realizar exámenes de laboratorio y Rayos X	Stock de insumos.  Oportunidad en el suministro de insumos.	Los insumos se entregan oportunamente. A pesar de que las compras se realizan cada mes, se trata de mantener el stock al día.	Mantener actualizado el kardex de insumos y continuar con la verificación del stock de insumos para garantizar la prestación del servicio.
2. Tomar y entregar muestras	Muestras mal tomadas según orden médica	Verificación datos del paciente y orden médica correspondiente.  Capacitación y reinducción continúa al personal responsable del servicio.	El 26 de febrero de 2016 se realiza resocialización al personal auxiliar, para minimizar el riesgo en la toma de muestras.	Programar la reinducción al personal auxiliaren toma de muestras
3. Verificar que la muestra corresponda al usuario.	Mala identificación y rotulación de muestras	Capacitación y reinducción continúa al personal responsable del servicio para toma de muestras.	El 27 de enero de 2016, se socializó el manual de tomas de muestras del proceso a todo el personal involucrado	Identificar y realizar seguimiento a los no conformes del proceso
4. Reprocesar muestras en caso de que éstas no cumplan con los parámetros exigidos para la toma de las mismas.	Mal diagnóstico	Mantenimiento preventivo y calibración de equipos.  Capacitación y reinducción continua al personal responsable del servicio	A través del contrato No.73 del 13 de abril de 2016 se evidencia contratación para el mantenimiento y calibración de equipos.	Realizar seguimiento al plan de mantenimiento y calibración de equipos.
5. Entregar los resultados al usuario y/o al profesional que solicitó el servicio, con respecto a exámenes de laboratorio, placas de rayos x, ecografías y entrega de medicamentos.	Perdida de documentos  Entrega equivocada medicamentos y de resultados diagnósticos.  Error en la digitación.	Copia de seguridad del software.  Libro diario de registro de entrega exámenes.  Documento de identidad del paciente.  Verificación de orden medica vs. Identificación del paciente.	Se evidencia copias de seguridad del software asistencial de los meses de julio, agosto y septiembre de 2016  Se está realizando el registro diario de entrega de exámenes de laboratorio, ecografías y placas RX.	Realizar seguimiento a las copias de seguridad del software y verificar entrega de una copia a la Oficina de Control Interno.  Continuar con la verificación de los datos de los usuarios teniendo en cuenta el documento de identidad y la base de datos

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
6. Verificar el cumplimiento de los servicios facturados al usuario en relación con la prestación de la terapia física, respiratoria y consulta psicológica.	Prestación del servicio inadecuado.	Los servicios facturados se realizan al paciente y se registran en la Historia Clínica.  Preauditoría interna de facturación.	Se realiza muestreo de los servicios ordenados, los cuales se comparan con lo facturado al usuario, igualmente se vuelve a verificar datos del paciente.	Continuar realizando mensualmente muestreo de los servicios facturados.
7. Educar al usuario de manera oral o escrita sobre las condiciones que debe cumplir para toma de muestras y rayos x.	Alteración en los resultados	Muestras no procesadas  No se toma placas de rayos x.	Se evidencia 27 de enero y 26 de febrero de 2016 socialización del procedimiento para toma de muestras.  Se revisa el indicador de condiciones para toma de muestra, el cual continúa con resultados positivo.	Realizar el análisis y seguimiento periódico a los indicadores del proceso
8. Medir el cumplimiento de las metas de los indicadores establecidos.	Incumplimiento en las metas y planes establecidos.	Existen planes y metas establecidos por la alta dirección.	Se evidencia cálculo mensual de indicadores y cumplimiento con la meta propuesta.	Realizar el análisis y seguimiento periódico a los indicadores del proceso
9. Tomar acciones correctivas o preventivas de acuerdo con los resultados de los indicadores.	Incumplimiento del procedimiento de acciones correctivas y preventivas	Análisis de los resultados de los indicadores.  Implementación de los procedimientos de acciones correctivas, preventivas y tratamiento del producto o servicio no conforme.  Seguimiento a la eliminación de las causas que generaron la No Conformidad.	No se detectaron no conformidades en el proceso	Identificar y realizar seguimiento a los no conformes del proceso
10. Atender y realizar seguimiento a las quejas y solicitudes de los usuarios.	Inconformidad e insatisfacción del usuario.	Respuesta oportuna a quejas y reclamos de los usuarios.	Las quejas presentadas en el servicio se tramitaron en el tiempo asignado según el procedimiento establecido	Continuar realizando análisis de las quejas presentadas en el servicio para la toma de decisiones y mejora del proceso,

### 3. PROCESOS DE APOYO

#### 3.1 GESTION ADMINISTRATIVA

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Identificar necesidades de compra bienes y contratación de servicios en cada proceso.	No identificar las verdaderas necesidades en cuanto a cantidad, características y calidad de los procesos.	Cada área solicita los bienes y servicios para prestar sus servicios respectivos.	Se evidencia aplicabilidad al procedimiento de compras GA-PR-09 , además de la solicitud a través del registro GA-FT-07 "Requisición de insumos y medicamentos" de las necesidades de cada servicio.	Continuar con la requisición de insumos y medicamentos, en concordancia con el procedimiento establecido, para reducir el riesgo y permitir contar con stock acorde con las necesidades en cada servicio.
2. Elaborar el plan de compras.	Planear compras innecesarias	Se establece el plan de compras de acuerdo a consumos históricos	se cuenta con Plan de Compras divulgado en la página web institucional y ante el secop	Continuar con el control establecido.
3. Establecer requerimientos para la contratación de servicios.	. No cumplir con los requerimientos normativos exigidos para contratar.	Revisión de los requisitos de cada contrato de acuerdo a las normas	Se está cumpliendo con el 95% del correcto diligenciamiento de los ítems de rendición a la Contraloría Departamental.	Continuar evaluando el cumplimiento de los requisitos de cada contrato realizado por la entidad.
4. Realizar selección de proveedores.	Seleccionar los proveedores no idóneos	Evaluación de proveedores	Se evidencia evaluación de Proveedores acorde con el procedimiento GA-PR-10 y con los soportes establecidos.	Continuar con la Evaluación de Proveedores establecida en el Procedimiento "Selección y Evaluación de Proveedores" GA-PR-10
5. Comprar bienes y contratar servicios.	Adquirir bienes o servicios con baja calidad, oportunidad, altos costos y además innecesarios.	Requisitos de calidad mínimos exigidos para la adquisición de productos.	Se evidencia reactivación del Comité de Compras para definir adquisiciones de bienes y/o servicios, previa solicitud de cotizaciones y acorde con el procedimiento GA-PR-09	Continuar con el análisis de las compras de bienes y/o servicios a través del Comité de compras establecido en el procedimiento GA-PR-09
6. Recibir, verificar, ingresar y almacenar el pedido.	Inconsistencias en la recepción de pedidos.	Se revisa frente a factura y/o remisión de cada bien o servicio recibido	Se evidencia cumplimiento de la matriz de requisitos de productos o servicios claves para la prestación del servicio, igualmente estricto cumplimiento del numeral 5,3 verificación y distribución de insumos consignado en el Procedimiento de Compras GA-FT-09.	Seguir revisando los controles consignados en el procedimiento GA-FT-09
7. Controlar los Inventarios de elementos devolutivos y de consumo realizando las altas y bajas, traslados y reintegros de elementos.	Pérdida de Inventario por robo o no devuelto.  Acumulación excesiva y mínima de inventarios por el no control de	Revisión periódica, relación de inventarios en préstamos o en mantenimiento y mecanismos de protección frente al robo.  Utilizar las herramientas del software para el	Se revisó el funcionamiento de la cámara ubicada para cubrir el área de Almacén, se evidencia adecuado funcionamiento para la seguridad de esta área.  Existe acceso restringido al Almacén.  Aún existe acumulación de medicamentos e insumos por	Realizar revisión periódica a las cámaras de seguridad ubicadas en el área de Almacén.  Continuar con el acceso restringido al área del almacén.  Planificar las compras de

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
	las altas y bajas.	control de los máximos y mínimos en inventarios.	terminación del contrato de dispensación a los usuarios de Asmetsalud	acuerdo a los consumos y el stock almacenado
8. Realizar seguimiento al cumplimiento de los contratos de prestación de servicios.	Vencimiento de contratos requeridos para prestar el servicio.  Inicio de contratos sin cumplir los requisitos.	Verificar periódicamente el vencimiento de los contratos.  Realizar acta de inicio una vez se cumplan los requisitos.	Se evidencia control a la terminación de los contratos en el registro GE-FT-25 "Acta Final del Contrato"  Se realizó muestra de los contratos ingresados al software RCL de la Contraloría Dptal, se evidencia el cumplimiento de los requisitos de la etapa precontractual y contractual.	Realizar actas de finalización de los contratos.  Continuar con la revisión de las etapas precontractual, contractual y poscontractual, ajustadas a la nueva normatividad vigente.
9. Evaluar el desempeño de los proveedores.	No contar con proveedores confiables.	Se realiza evaluación de proveedores de acuerdo al procedimiento GA-PR-10  Seleccionar los proveedores confiables	Se realizó Evaluación a 12 proveedores encontrándose que el 83,% están dentro del rango "Proveedor muy confiable" y el 16,7% Proveedor Condicional	Continuar con la Evaluación de Proveedores, ajustándose al procedimiento establecido.
10. Realizar plan de calibración, mantenimiento de equipos y de infraestructura para la prestación del servicio.	No incluir el total de equipos y de procesos para realizar el plan de mantenimiento.	Se realiza plan de mantenimiento con los inventarios existentes	Se evidencia el cumplimiento del 82% de cumplimiento al Plan de mantenimiento y calibración de los equipos de la entidad.  Se realizó inventario total a los bienes inmuebles	Mantener la contratación de los equipos biomédicos incluyendo la calibración de los equipos que se requieran para la buena prestación de los servicios.  Continuar con el seguimiento al cumplimiento del Plan de Mantenimiento y calibración de equipos
11. Realizar el mantenimiento de instalaciones, equipos y actualizar hoja de vida (dejar registros de calibración y mantenimiento).	No llevar a cabo el mantenimiento y actualización de las hojas de vida.	Se controla el mantenimiento de los equipos mediante cronograma de seguimiento e historial de mantenimiento de equipos biomédicos.  Cronograma mantenimiento de infraestructura	Se sigue realizando el mantenimiento programado, pero no se tiene evidencia en la matriz del plan, sólo se deja la evidencia en la hoja de vida del equipo.  Igualmente sucede con el mantenimiento de infraestructura	Ajustar el Plan de Mantenimiento a una matriz en Excel, donde se pueda semaforizar el cumplimiento de los mantenimientos programados.
12. Realizar labores de limpieza en la Institución.	No hacerlas u omitir alguna área al realizar las labores de limpieza.	Protocolo de limpieza de áreas y periodicidad de limpiezas profundas.	Se evidencia control en la limpieza y diligenciamiento de formato de verificación de limpieza GA-FT-33 firmada por los líderes de cada área.	Socializar y colocar en funcionamiento el protocolo de limpieza GA-PT-13 y lista de chequeo Supervisión de Aseo GA-FT-40
13. Controlar y verificar la prestación de los servicios generales de mantenimiento y aseo.	No controlar ni verificar la prestación de los servicios generales de mantenimiento y aseo.		Existe protocolo de limpieza GA-PT-13 "Protocolo de Limpieza y desinfección Hospitalaria de áreas".  No se está diligenciando lista de chequeo Supervisión de Aseo GA-FT-40, éste último	

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
14. Diligenciar y analizar los indicadores del proceso.	Información de los indicadores poco confiable.	Realizar indicadores por el líder del proceso.	Continúa sin asignación de indicadores al proceso.	Diseñar los indicadores del proceso y ajustarlos a la realidad institucional
15. Establecer las acciones correctivas, preventivas o de mejora a las desviaciones de los planes definidos y/o al resultado de los indicadores.	No establecer acciones indicadas	Acciones correctivas y/o preventivas, producto a los no conformes reportados por el proceso.  Plan de mejora producto de auditorías internas y externas	Se realizó capacitación en acciones correctivas, preventivas y correcciones a los líderes de proceso.  Se evidencia construcción plan de mejora, pero sin establecer la causa raíz que origina el no conforme.	Incentivar a los funcionarios para el reporte del producto y/o servicio no conforme.  Modificar el formato Plan de Mejora y establecer la causa raíz que origina el no conforme.

### RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Inadecuada supervisión al mantenimiento de los equipos biomédicos y/o vehículos de la entidad	Personal con las competencias técnicas para la supervisión de las actividades de mantenimiento.  Realizar reuniones con el personal responsable del procedimiento de mantenimiento y documentarlas en Actas.	El coordinador de Mantenimiento fue capacitado por la Universidad Autónoma de Occidente en "Metrología de Equipo médico en entorno hospitalario"  Se evidencia un adecuado manejo de las hojas de vida de los equipos de acuerdo al procedimiento establecido	Continuar actualizando al líder del proceso de Mantenimiento en las actividades de mantenimiento de equipos biomédicos y Metrología.
2. Sobrecostos por compra de suministros o bienes no acordes con los requerimientos y sin verificación de precios del mercado	Análisis de Precios de mercado.  Evaluación de la Oferta.	Evaluar de manera permanente los precios del mercado por el Comité de compras	Ejecutar el Procedimiento de compras GA-PR-09 dentro de los términos establecidos.
3. Deficiencias en el manejo físico y documental de los inventarios de la entidad	Actualización de los inventarios físicos y en el software de la entidad.	Se realizó actualización de bienes muebles, pero aún no se realizado la entrega formal a cada área para responder por los elementos a su cargo	Una vez se termine de etiquetar los activos, se entregará a cada líder el inventario a su cargo.  Cuando se vayan a trasladar equipos o bienes muebles, utilizar el Formato de traslado de elementos entre dependencias, para mantener actualizada la localización de inventarios.
4. Hurto en el almacenamiento de bienes en el Almacén	Registro de bienes en el Kárdex.  Tomas físicas de inventario	Se observa adecuada organización de los bienes del Almacén.  Se realizó inventario físico a 31 de diciembre 2016 y se realizaron ajustes contables pertinentes	Continuar con la toma física de inventarios dos veces al año.

### 3.2 GESTION FINANCIERA

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Elaborar el proyecto de presupuesto de ingresos y gastos.	Fallas en los cálculos previos para establecer el presupuesto.	Se verifican los ingresos y gastos históricos con el aumento respectivo de cada año	El Presupuesto para la vigencia 2016, se construyó con la variación del presupuesto 2014-2015 y la inflación acumulada a octubre de 2016.	Revisar la metodología utilizada para la elaboración del presupuesto para la vigencia 2017 y su respectiva aprobación por la Junta Directiva
2. Aprobar el presupuesto.	No aprobación del presupuesto.	se verifica que el presupuesto inicial de ingresos y gastos este acorde a los factores macroeconómicos del nivel nacional y territorial	El Proyecto de presupuesto para la vigencia 2016, fue aprobado mediante acta de junta directiva No. 55 de Noviembre de 2015	Revisar el Proyecto de presupuesto para la vigencia 2017, debidamente aprobado por la Junta Directiva y el Comfis Municipal
3. Ejecutar el presupuesto de Ingresos y Gastos.	Ejecutar el presupuesto de manera inadecuada.	Revisar las operaciones antes de ejecutarlas frente a la normatividad existente.  Consultar la realización de operaciones presupuestales, como adiciones, resoluciones, traslados antes de que se realicen.	No se está dando cumplimiento a los numerales 4.1 y 4.2 del procedimiento de presupuesto GF-PR-10.  Se evidencia un adecuado manejo en los actos administrativos que modifican o adicionan el presupuesto.	Recapacitar al personal del proceso financiero y personal directivo en el procedimiento de Presupuesto GF-PR-10.  Establecer indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad para el área de presupuesto
4. Establecer y montar base de datos de usuarios para la contratación.	No establecer y disponer de la base de datos de los usuarios.	Actualizar la base de datos cada vez que la Entidades (EPS-S y EPS-C) la envíen	Se evidencia control en las bases de los afiliados por la consulta directa en la página WEB de cada entidad, a través del Fosyga y por bases que envían mensualmente	Disminuir el índice de glosas por usuarios atendidos y no registrados en las bases de datos de las respectivas EPS
5. Facturar los servicios prestados.	No facturar de acuerdo al manual tarifario definido.  No facturar los servicios e insumos suministrados.  Fallas en el software utilizado.  No adjuntar los soportes clínicos y administrativos.	Preauditoría de cuentas médicas	Se verifica porcentaje de glosas del 3.82%  La primera semana de diciembre de 2016 se actualizó a los facturadores en el manejo del software de facturación e historia clínica.  No se evidencia socialización a los facturadores y personal asistencial de la contratación efectuada con las diferentes EPS	Continuar con capacitación a los funcionarios encargados del proceso de facturación, para evitar pérdida de recursos por errada facturación de servicios.  Capacitar a los funcionarios encargados de la Preauditoría a cuentas, en temas de facturación y auditorías de cuentas, para disminuir el porcentaje de glosas.
6. Elaborar las cuentas de cobro a Entidades.	No cobrar los servicios prestados	Verificar el total de servicios facturados frente a los cobros realizados a cada entidad.	No se evidencia seguimiento aleatorio de servicios prestados al usuario con lo realmente facturado.	Garantizar el aumento de los recaudos por los servicios brindados al usuario con la facturación al detalle de cada servicio, insumos y medicamentos dispensados.
7. .Generar Rips	Generación de errores por daños en el software	Documentar los errores que presenta el software para ser tratados con el	Los errores presentados en la generación de Rips, se distribuyen de la siguiente manera: 61.4% por	Revisar que el archivo de transacciones sea acorde con la relación de facturas cobradas y



ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
		proveedor e informar a la Gerencia.	diferencia en tarifas, el 24.5% por soportes, el 7.7% por cobertura, el 2.9% por pertinencia médica, el 1.5% por errores de facturación, 1.5% por falta de autorización y el 0.4% por falta de Furips. Errores que se convierten al final en glosas	que antes de enviarse el cobro de las facturas sean evidenciados por los preauditores.
8. Recaudar ingresos facturados	No recaudar los ingresos facturados.	Control a través del software que impida cobrar menos de lo requerido.  Control en el software que impida cambio de estrato.  Verificación de lo facturado y lo recaudado.	No hay restricción de permisos a los facturadores, para impedir que éstos puedan cambiar o modificar la generación de pago del usuario.	Seguimiento periódico de permisos generados a través del software a los facturadores
9. Causar y contabilizar los ingresos y egresos de la institución.	Corrupción	Realizar Preauditorías internas al proceso y realizar un informe de los hallazgos encontrados.	Se evidencia adecuado manejo en la causación y contabilización, además de la eficaz liquidación y pago oportuno de los impuestos, lo que se vuelve a corroborar en este seguimiento.	Continuar con el control establecido.
10. Liquidar y pagar Impuestos.	Evasión			
11. Gestionar el cobro de cartera de las diferentes entidades.	No cobrar a tiempo la cartera en mora.	Informe de cartera por edades mensual Recuperación de cartera Rotación de cartera	Se evidencia cobro de cartera por parte de la Gerente y la Coordinadora de Cartera  Renuencia de EPS-C como Coomeva y NUEVA EPS para los servicios prestados a sus usuarios cancelar en los tiempos establecidos por normatividad.	Analizar mensualmente el Estado de cartera para garantizar adecuado flujo de recursos.  Realizar actas de conciliación donde se evidencie el seguimiento a la cartera institucional.
12. Analizar y dar respuesta a Glosas.	No analizar y dar respuesta a las glosas	Se realiza una pre-auditoría a la facturación en general para disminuir las glosas.  Se analizan las glosas y se dan respuesta dentro del tiempo estipulado	Se está dando aplicabilidad al anexo 8 del Decreto 4747 de 2008 para revisar la trazabilidad de la facturación realizada y dar contestación oportuna a las glosa en los términos establecidos en el Decreto mencionado.	Continuar el seguimiento periódico a las glosas generadas, con su respectiva trazabilidad.
13. Realizar conciliación Bancaria y de cartera.	Demora en las conciliaciones bancarias y cartera	Verificación mensual por parte de los funcionarios encargados.	Se evidencia oportunos extractos bancarios, debido a que estos se generan a través de la sucursal virtual  Notas contables oportunas extraídas directamente de la Banca virtual, lo que agiliza el proceso de cartera.	Continuar con el seguimiento oportuno a las conciliaciones bancarias
14. Realizar control y	No realizar control y seguimiento a	Revisión de la facturación diaria.	No se evidencia seguimiento aleatorio de servicios prestados al	Realizar seguimiento al proceso de facturación para disminuir las



ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
seguimiento a facturación.	facturación.	Preauditoría de cuentas médicas.	usuario con lo realmente facturado.	brechas de fuga de recaudo y servicios adecuadamente facturados.
15. Elaborar ajustes contables.	No hacer los ajustes necesarios para la presentación de informes.	Revisión de la información contable para llevar a cabo los ajustes pertinentes.	Se evidencia buen manejo de los ajustes contables a través de las notas, lo que se refleja en informes oportunos dentro de los tiempos establecidos.  Mediante contrato No. 153 se actualizó el software contable y financiero y con contrato No. 173 se realizó mantenimiento del mismo.	Continuar con los ajustes contables, generando información confiable y oportuna.
16. Diligenciar y analizar los indicadores del proceso.	No diligenciar los indicadores con su respectivo análisis o hacerlo con errores, afectando las acciones de mejora.	Diligenciar y analizar de los indicadores	Se retomaron la construcción de indicadores financieros del área contable, pero no se evidencia análisis para la toma de decisiones gerenciales	Revisar los indicadores contables con su respectivo análisis y acciones de mejora.  Diseñar indicadores para el área de presupuesto, cartera y facturación.
17. Realizar Preauditoría de cuentas médicas.	No realizar la Preauditoría de cuentas médicas.	Todas las cuentas pasan por Preauditoría antes de ser enviadas para cobro.	Aumento de glosas por pertinencia médica.	Adjudicar un pre auditor médico para disminuir glosas por pertinencia médica.
18. Tomar acciones correctivas o preventivas de acuerdo con los resultados de los indicadores.	Incumplimiento del procedimiento de acciones correctivas y preventivas	Analizar y realizar seguimiento a las acciones correctivas y/o preventivas, producto de las auditorías internas e indicadores	Se evidencia una deficiencia en el manejo de herramientas estadísticas para el análisis y adecuado seguimiento a las acciones correctivas y/o preventivas producto de las auditorías internas y cálculo de indicadores.	Recapacitar en el procedimiento de acciones correctivas, preventivas y producto o servicio no conforme.  Capacitar en el manejo de herramientas estadísticas para el análisis de causas que generen producto y/o servicios no conformes.  Verificar el seguimiento al cierre de las no conformidades.

### RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Pérdida de la información Contable.	Mantenimiento remoto del software contable y financiero	Actualización del software Contable y financiero, de acuerdo a la normatividad legal vigente.  Implementación de la interface entre el software financiero y el software de facturación clínica, para minimizar tiempos y riesgos en la digitación de la facturación manual.	No se ha realizado la interface entre el software financiero y el software de facturación clínica.

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
2. Aplicación de pago por transferencia a entidad o persona de manera equivocada	Actualización de los movimientos de tesorería con todos los soportes en los cuales se evidencien los pagos y/o traslados realizados.	Revisión de movimientos de tesorería por parte del Contador y Revisor Fiscal	Verificar pagos físicos (no recomendable archivos planos).
3. Expedición de Certificado Disponibilidad Presupuestal de diferente fuente de financiación (Destinación indebida de recursos)	Revisión el origen de los recursos antes de emitir el Certificado de Disponibilidad Presupuestal	SE verifica el 100% de la expedición de los certificados de disponibilidad presupuestal, el cual es acorde con los rubros afectados y la fuente de financiación.	Continuar con la revisión a los rubros presupuestales antes de expedir el certificado de disponibilidad presupuestal

### 3.3 GESTION HUMANA

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Identificar la necesidad del personal.	Establecer necesidades de cantidad y perfiles de personal que no se requiere realmente	Informe de necesidades del personal	Persiste falta de proceso de selección de personal acorde con los lineamientos para la selección de personal contenidas en procedimiento GH-PR-09	Dar aplicabilidad al procedimiento GH-PR-09 "Procedimiento de Selección y Contratación de Personal".
2. Seleccionar o solicitar personal idóneo.	No seleccionar o solicitar personal idóneo.	Verificación de certificaciones de estudio y experiencia laboral.  * Realización de entrevistas, pruebas personales y familiares cuando se requiera.	Se evidencia cumplimiento de perfiles para los cargos tanto asistenciales como administrativos, pero con falta de experiencia para el cargo a desempeñar.	Aplicar el numeral 4,1 del procedimiento GH-PR-09 "Procedimiento de Selección y Contratación de Personal".
3. Vincular y contratar personal de acuerdo a las necesidades de los servicios.	Contratar personal sin el cumplimiento de los requisitos y perfiles.  Demora en la contratación y vinculación.	Verificación de requisitos acorde al perfil del cargo a desempeñar.  Definir necesidades previamente.  Establecer tiempos utilizados en contratación y vinculación.	No se evidencia verificación de las certificaciones y experiencia relacionada con el cargo requerido.  Se evidencia contratación de prestación de servicios en los meses de enero, mayo y julio para vigencia 2016.  Se emite disponibilidad presupuestal oportuna para contratar al personal requerido.	Dar aplicabilidad al numeral 4,5 del procedimiento GH-PR-09 "Procedimiento de Selección y Contratación de Personal".

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
4. Realizar inducción de nuevos colaboradores, y verificar inducción, reinducción y entrenamiento al personal vinculado.	No realizar o verificar la inducción, reinducción y entrenamiento o ejecutarla fuera del tiempo establecido	Existe procedimiento de inducción y reinducción	Se revisan hojas de vida y se evidencia inducción a las personas que ingresan por primera vez a la institución.  Se realizó reinducción a los empleados de la entidad en el Sistema de Gestión de Calidad.	Continuar con la aplicabilidad el numeral 4,12 del procedimiento GH-PR-09 "Procedimiento de Selección y Contratación de Personal".
5. Tramitar procesos disciplinarios.	Errores en el debido proceso disciplinario.	Procedimiento proceso disciplinario.  Ejecución del procedimiento cuando se requiera.	Para la vigencia 2016 no se realizaron procesos disciplinarios.	Revisar y actualizar el procedimiento disciplinario GH-PR-11 de acuerdo a la normatividad legal vigente
6. Definir Políticas de Salud Ocupacional.	Establecer políticas de Salud Ocupacional, no acorde al tipo de organización	Existe política de Salud Ocupacional	Se evidencia en la Resolución No. 038 de mayo 13 de 2016 la definición de políticas de Salud Ocupacional y en la Resolución 053 de mayo de 2016 las Políticas de seguridad y salud en el trabajo  El día 23 de mayo de 2016, e realizó socialización de las Políticas de Salud Ocupacional y de Seguridad y Salud en el trabajo.	Continuar con la socialización de las políticas de Salud Ocupacional y de Seguridad y Salud en el trabajo, establecidas por la organización al personal nuevo e incluirlo en la reinducción de los funcionarios.
7. Implementar normas de Bioseguridad.	Incumplir las normas de Bioseguridad.	Inspecciones semanales sobre el cumplimiento de las normas de Bioseguridad.	Se constató en el registro GH-FT-64 "Inspección uso y control de los Elementos de protección personal" y se realizaron rondas para verificar la aplicabilidad de las normas de bioseguridad	Continuar verificando por el Profesional de Salud Ocupacional las buenas prácticas en normas de Bioseguridad.
8. Coordinar el programa de Salud Ocupacional.	Incumplimiento del Programa de Salud Ocupacional.	Ejecución Programa de Salud Ocupacional.  Elaboración Panorama de Riesgos	Hasta el mes de octubre de 2016 se alcanza el 43% de la evaluación a los estándares del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo frente a un 12% alcanzado en el año 2015	Continuar realizando la Evaluación de los estándares del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo. Recapacitar al personal sobre las ventajas del Programa de Salud Ocupacional.
9. Divulgar y hacer seguimiento al panorama de riesgos.	No adhesión y aprendizaje deficientes ante los conocimientos divulgados sobre el Panorama de Riesgos.  Aumento de riesgos.	Actualización panorama de riesgos de la Institución a través de la Administradora de Riesgos Profesionales	El 27 de mayo de 2016 se evidencia capacitación en manejo de residuos sólidos.  El 17 de julio de 2016 se realizó capacitación en manejo de Residuos hospitalarios.  Se tiene programada capacitación a los funcionarios asistenciales para el 29 de diciembre de 2016 en manejo del riesgo biológico.	Continuar capacitando y midiendo la adherencia de los funcionarios al panorama de riesgos.
10. Realizar seguimiento al plan de	Falta de control y seguimiento al plan de Residuos	Verificación del cumplimiento de la disposición de los	En marzo de 2016 se entrega informe Respel a la CVC de la vigencia 2015, el cual contiene	Continuar con las actividades establecidas para el Plan de residuos hospitalarios de

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
Residuos Hospitalarios.	Hospitalarios.	Residuos Hospitalarios.	Producción y manejo de residuos biodegradables, biosanitarios y reciclables.	acuerdo a la normatividad vigente
11. Identificar las necesidades para el bienestar social.	No identificar las verdaderas necesidades del Bienestar Social de los empleados.	Encuesta para conocer las necesidades de los empleados.  Realizar seguimiento al impacto de las actividades propuestas.	Se cumplió el 80% de las actividades programadas de Bienestar Social, distribuidas en recreación, educación y calamidad doméstica.	Realizar encuesta de necesidades de los funcionarios de la entidad, para plasmarlo en el nuevo Plan de Bienestar Social.
12. Evaluar las competencias y el desempeño laboral.	No llevar a cabo la evaluación de competencias y desempeño laboral.  Cometer errores en la evaluación de competencias y desempeño laboral.	Formatos establecidos para la Evaluación de competencias y Evaluación del desempeño.	Por el cambio continuo de Coordinador de Gestión Humana (Contratista), no se realizó evaluación de desempeño laboral y competencias laborales para la vigencia del 2016	Establecer la Evaluación del desempeño y la Evaluación por competencias, con el nuevo Coordinador de Gestión Humana (Funcionario de planta)
13. Elaborar Plan de Capacitación (Formación), el plan de bienestar social y el plan de incentivos.	No realizar el plan de Capacitación (Formación), el plan de bienestar social y el plan de incentivos, de acuerdo a normatividad legal vigente.	Establecer el plan de acuerdo a las necesidades detectadas en el personal para capacitación, bienestar social e incentivos	El plan de Capacitación para el año 2016 alcanzó el 95% de cumplimiento, el Plan de Bienestar Social alcanzó el 80% de cumplimiento. El plan de incentivos no se está realizando en la entidad.	Realizar el Plan de Capacitación vigencia 2017, de acuerdo a las necesidades de cada proceso y los resultados de la evaluación de competencias y desempeño.
14. Liquidar nómina y prestaciones sociales.	Cometer errores en la liquidación de la nómina.	Verificación de la liquidación de la nómina acorde a la cuadro de turnos	Se tiene un conocimiento de la normatividad para empleados públicos, se pudo constatar que utilizan la guía de la Función Pública.  Aún no se evidencia modulo en el software financiero para el manejo de la nomina	Implementar un software para la liquidación de nómina, el cual permite seguridad y liquidación veraz de la información
15. Autorizar permisos temporales y vacaciones.	Autorizar permisos no previendo la afectación de la prestación del servicio	Se solicita autorización al responsable de cada proceso para así conceder los permisos o vacaciones.	No existe una programación de vacaciones, pero cuando éstas se conceden, no entorpece el normal funcionamiento de cada proceso involucrado.	Realizar programación de vacaciones del personal de la entidad.  Llevar el registro de ausentismo para los permisos y realizar informe al nivel directivo.
16. Ajustar los planes, cuando no se está cumpliendo con los objetivos previstos.	No realizar los ajustes necesarios y oportunos a los planes establecidos.	Planes ajustados, pero no se documentan las acciones tomadas.	En cumplimiento a la circular 009 de la Supersalud, se realizó mensualmente seguimiento a los planes de acción para cumplir los objetivos el Plan de Desarrollo y los demás planes de la entidad en lo que compete con la Gestión del Talento Humano.	Programar seguimiento mensual de los planes de capacitación, formación, bienestar social, salud ocupacional, etc.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
17. Diligenciar y analizar los indicadores del proceso.	No llevar a cabo diligenciamiento de los indicadores y análisis o hacerlo con errores, afectando las acciones de mejora.	Batería de Indicadores para el proceso	Por falta de continuidad en el funcionario encargado de Gestión Humana, sólo se llevaron a cabo dos indicadores: % de capacitación y cumplimiento del Plan de Bienestar social	Realizar seguimiento al reporte oportuno de los indicadores
18. Tomar acciones correctivas o preventivas de acuerdo con los resultados de los indicadores.	Incumplimiento del procedimiento de acciones correctivas y preventivas.	Analizar los indicadores y establecer acciones correctivas.	Falta de conocimiento en el manejo de herramientas estadísticas para el análisis de las causas que generan bajo cumplimiento en indicadores, producto o servicio no conforme.	Brindar capacitación a la coordinadora de Gestión Humana en herramientas estadísticas para el análisis de causas.

### RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Posesionar o Realizar un Encargo a un Servidor que No cumpla con los requisitos establecido en el Manual de Funciones y Competencias de la Entidad.	Manual Especifico de Funciones y de Competencias Laborales.  Verificación de Requisitos	Manual de Funciones y Competencias Actualizado.  No se verifican los requisitos de los nuevos empleados ni de los encargos de acuerdo al perfil del cargo	.Contrastar perfil del cargo Vs. el requerimiento por cada vacante.  Implementar pruebas psicotécnicas con el fin de evaluar competencias laborales.
2. Inadecuado manejo y Administración de las Historias Laborales	Lista de chequeo de documentos que reposan en las Historias Laborales con la respectiva Custodia bajo llave de las Historias Laborales	Revisión Hojas de Vida Diligenciamiento Lista de Chequeo Foliación de las Hojas de Vida Actualización en cuanto a la Normatividad Vigente	Continuar con la custodia de las historias laborales.

### 4. PROCESOS DE EVALUACION

#### 4.1 GESTION DE EVALUACION

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Elaborar el programa y Plan de auditorías Internas	Incumplimiento en la elaboración del Programa y Plan de Auditorías Internas	Procedimiento de Auditorías Internas.  Programación de auditoría por procesos.	Se evidencia cumplimiento al programa y Plan de Auditorías.	Actualizar el procedimiento de auditorías internas en lo que respecta al tema de riesgos.
2. Ejecutar las Auditorías	Desviación en el cumplimiento de las actividades por los procesos.  Desconocimiento de las normas reglamentarias del procedimiento de Auditorías Internas	Cumplimiento de las actividades e indicadores por proceso.  Capacitar en la normatividad, respecto a la ejecución de las Auditorías Internas	Se verificó a través de la Auditoría Interna realizada las fortalezas y acciones de mejora por cada proceso.  Aún no se evidencia capacitación a los auditores internos	Debido a la carga laboral de los actuales auditores internos de la entidad, se recomienda capacitar más funcionarios en actualización de la ISO y auditoría interna.  Diseñar listas de chequeo para dejar la trazabilidad de lo encontrado en la auditoría interna.
3. Elaborar informes de auditoría Interna	No evidenciarse el resultado de la auditoría.	Informes de auditorías realizadas	Informes de auditoría integral evidenciado en el formato EV-FT-15 "Informe de Auditoría Integral por Procesos"	
4. Elaborar y presentar informes de gestión para la gerencia y los entes de control.	Desconocimiento de la metodología para presentar los informes.	Informe Ejecutivo Anual sobre el Sistema de Control Interno	Se evidencia cumplimiento del informe Ejecutivo anual del Sistema de Control Interno vigencia 2015, a través de la página web e informe del Departamento Administrativo de la Función Pública con avance de cumplimiento del 72,% (Nivel satisfactorio)	Revisar que elementos se pueden afianzar para lograr un mayor porcentaje en la madurez del Sistema de Control Interno de la entidad.
5. Aplicar herramientas de autoevaluación del control y Gestión	No cumplir la aplicación de herramientas de autoevaluación del control y Gestión	Realizar la encuesta en el aplicativo del DAFP	Se evidencia encuestas realizadas a través del aplicativo del Departamento Administrativo de la Función Pública vigencia 2015.	Solicitar a la alta Dirección capacitaciones para los empleados de la entidad en autocontrol y autogestión de los procedimientos por cada proceso.
6. Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora de Auditorías internas, externas, auditorías de entes de control y autoevaluación del Control y la Gestión.	No realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora	Realizar los Planes de mejora con los líderes de proceso con su respectivo control periódico.	Se evidencia seguimiento a los planes de mejora producto de las auditorías Internas, auditorías de entes de control (Contraloría Dptal del Valle), auditorías de Icontec, Auditorías de EPS-S, pero se debe actualizar el formato GC-FT-08 "Plan de Mejora y Seguimiento" e incluir el análisis de la causa raíz que genera la no conformidad encontrada en el proceso auditor.  Para la Auditoría interna del 2015 se alcanzó 92% de cumplimiento	Establecer cronograma de seguimiento a los diferentes planes de mejora resultante de las Auditorías realizadas

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
			al cierre de no conformidades correctivas encontradas.	
7. Diligenciar y analizar los indicadores del proceso.	Inexactitud en el cálculo de los indicadores.	Realizar seguimiento y análisis a los indicadores de cada proceso que conlleve al mejoramiento continuo.	Se evidencia cálculo y análisis de los indicadores por cada proceso, incluyendo el de Evaluación, soportados en la ficha técnica de indicadores GC-FT-05, pero se debe profundizar el análisis del no cumplimiento de las metas propuestas.	<p>Establecer mejores análisis que conlleven a un real mejoramiento de los procesos de la entidad.</p> <p>Capacitar a los líderes de proceso en el análisis de indicadores.</p>
8. Tomar acciones correctivas o preventivas de acuerdo con los resultados de los indicadores e informe de auditoría interna.	Incumplimiento del procedimiento de acciones correctivas o preventivas.	Implementar y realizar seguimiento según el procedimiento de acciones correctivas y acciones preventivas	Se verifica el cumplimiento de las acciones correctivas y/o preventivas producto de las auditorías internas, externas y análisis de los indicadores, pero son repetitivas las no conformidades, por no detectar la verdadera causa raíz que están originando éstas.	<p>Capacitar a los líderes de proceso en el análisis de indicadores, para que la acción de mejora establecida alcance las metas propuestas.</p> <p>Incentivar al personal para que reporten e informen sobre las acciones correctivas y preventivas que se detecten, fuera del proceso auditor.</p> <p>Verificar programadamente el cierre de las no conformidades detectadas en las auditorías o reporte del producto y/o servicio no conforme.</p>

### RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Sesgar los resultados del informe de auditoría interna	<p>Evidencia objetiva de los criterios auditados</p> <p>Aprobación previa del informe de auditoría por parte del auditado</p>	Se revisa los informes de los auditores y los papeles de trabajo, por parte de la Asesora de Control Interno antes de oficializar el informe final de auditoría.	Continuar con los controles establecidos.

**RESUMEN RIESGOS POR PROCESOS Y DE CORRUPCION**

MACROPROCESO	PROCESO	RIESGOS DEL PROCESO	RIESGOS DE CORRUPCION	TOTAL
GERENCIAL	Gestión Estratégica	12	7	19
	Gestión de Calidad	8	1	9
	Gestión de la Información Comunicación	13	3	16
MISIONALES	Ingreso al Servicio	8	0	8
	Prestación de Servicios	15	2	17
	Apoyo a la Prestación de Servicio de Salud	10	0	10
DE APOYO	Gestión Administrativa	15	4	19
	Gestión Financiera	18	3	21
	Gestión Humana	18	2	20
DE EVALUACION	Gestión de Evaluación	8	1	9
	<b>TOTALES</b>	<b>125</b>	<b>23</b>	<b>148</b>

El propósito del seguimiento fue la revisión y análisis de riesgos, causas, diseño y efectividad de controles y cumplimiento de acciones en respuesta a los riesgos de los 10 procesos de la entidad tal como se presentan en este informe, se analizaron 125 riesgos de gestión y 21 riesgos de corrupción al terminar la vigencia 2016

Como se observa en el cuadro anterior de los ciento cuarenta y ocho (148) riesgos que tiene identificados La Empresa Social del Estado Hospital San Roque de Pradera (35) son misionales, el hecho de ser misionales son los que contienen a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la Entidad y son los que afectan el cumplimiento de la misión institucional. Sin embargo, en el análisis realizado se evidencia que los riesgos estratégicos son los que están afectando el cumplimiento de la misión institucional, debido a la falta de socialización de la contratación realizada con la EPS-S que más afiliados le atendemos, igual tratamiento se debe hacer con el resto de EPS-S y EPS-C, para concertar metas que son inalcanzables.



A pesar de que los riesgos fueron identificados y valorados con base en factores internos y externos que inciden en el desarrollo de la gestión institucional, es recomendable actualizar y analizar el contexto estratégico a fin de lograr una total identificación de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de la misión de la Entidad.

Aún falta más empoderamiento de los líderes de proceso para realizar seguimiento oportuno a los riesgos, a través del monitoreo constante y ajuste a los mapas de riesgos con el personal a cargo, para que detecten nuevos riesgos y se controlen los ya existentes. Igualmente es necesario replantear los controles existentes, para evitar la materialización de los mismos.

Se recomienda a los líderes de proceso de la entidad:

- Conservar los soportes del seguimiento realizado a los riesgos para efectos de verificación por la Oficina de Control Interno.
- Es importante complementar los controles en cada uno de los riesgos identificados.
- Socializar y divulgar los mapas de riesgos identificados a los servidores públicos y a los contratistas que intervienen en el proceso, esto con el fin que contribuya al cumplimiento de los controles o en general al fortalecimiento de la gestión de riesgos.

Atentamente,

RUTH MUÑOZ DUARTE  
Asesora de Control Interno