Hospital San Roque
Empresa Social del Estado
Pradera-Valle

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR PROCESO Y CORRUPCION PRIMER SEMESTRE AÑO 2017

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno en atención a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, reglamentada por el Decreto 1537 de 2001, Roles del Sistema de Control Interno frente a la valoración del riesgo, la Ley 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción reglamentada por el Decreto 2641 de 2012, el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 -MECI y la Guía de Auditoria para Entidades Públicas – DAFP y para dar cumplimiento al Seguimiento y Control de los Mapas de Riesgos por Proceso y Riesgos Anticorrupción, presenta el informe correspondiente al primer semestre del año 2017, con el fin de evaluar el cumplimiento de las acciones propuestas.

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO: Revisión y análisis de riesgos, causas, diseño y efectividad de controles y cumplimiento de acciones en respuesta a los riesgos.

ALCANCE DEL SEGUIMIENTO: Mapa de riesgos de procesos gerenciales, misionales, de apoyo y Evaluación,

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	En la construcción del Plan de Desarrollo 2017-2020, no se evidenció la participación de la comunidad. Plan de Desarrollo aprobado por Junta Directiva mediante Acuerdo No.15 del 4 de enero de 2017	.Se evidencia la construcción del Plan de Desarrollo teniendo en cuenta los objetivos del Plan de Desarrollo Nacional, los objetivos del milenio, el plan de Desarrollo Departamental, Plan territorial de salud y Plan de Desarrollo Municipal. El Plan de Desarrollo 2017-2020 "Pradera crece como un municipio saludable", aún no ha sido socializado a los funcionarios 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 retomaron los indicadores de la política de calidad. Se evidencia resocialización de la política y objetivos de calidad por el Coordinador de Calidad.	Se sigue recomendado realizar un video institucional que permita mejorar la sensibilizacióndel 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 líderes de proceso realizaron los Planes de Acción 2017, pero no se evidencia el reporte de éstos por el proceso financiero. No se ha realizado el seguimiento a los planes de acción de acuerdo al tiempo establecido.	Realizar seguimiento de los planes de acción por la Coordinadora de Planeación.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
4. Asignar los Recursos	4.1 Inexactitud en la asignación de recursos	Programación anual de los recursos en el Presupuesto de la entidad.	En el Presupuesto se evidencia la programación de los Proyectos de Inversión referentes al PIC.	Recomendar nuevamente 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.	En la rendición de cuentas 2016 y en la reinducción de la política y objetivos de calidad se dio a conocer el mapa de procesos con los responsables de cada proceso y la línea de autoridad respectiva.	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 característica de los diferentes servicios que brinda la organización.	Portafolio de servicios de la Institución. Protocolos de cada servicio.	En la reinducción de la política y objetivos de calidad se dio a conocer el Portafolio de Servicios de la entidad a los funcionarios de la entidad.	Diseñar un plegable para entregar al usuario sobre los servicios que brinda la entidad.
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 2017	Realizar el Acta de constitución del Comité de Gerencia y el cronograma de este comité
8. Disponer de Asesoría Jurídica	Desconocimiento de normatividad del sector salud.	Actas o registro de la capacitación	Se contrató un asesor jurídico para el tema de la contratación y temas internos de la entidad. Para la vigencia 2017 se realizó informe ejecutivo de los procesos judiciales del primer y segundo trimestre, pero aún no se ha reportado a la Secretaría de Salud Departamental. El anterior Asesor jurídico externo no presentó la contestación de dos demandas por Acción de nulidad y restablecimiento del derecho. Se evidencia informe de derechos de petición y acciones de tutela.	Verificar el cumplimiento de presentación de informes Ejecutivos Procesos Judiciales a la Secretaría de Salud Departamental. Solicitar mensualmente al Asesor Jurídico el estado de los procesos jurídicos.
	Desviación del objeto de la denuncia.	Verificar el cumplimiento de la continuidad de las denuncias.		
	Manejo inadecuado de expedientes y documentos.	Actas donde se evidencie el manejo del archivo y las tablas de retención documental.	Los archivos de contratación se están manejando de acuerdo a las tablas de retención documental. Se está revisando nuevamente el archivo de expedientes judiciales y ajustarlos a requerimientos de la Contraloría Dptal del Valle.	

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
9. Preparar las reuniones de Junta Directiva	9.1 Incumplimiento en cronograma reuniones Junta Directiva	Porcentaje de cumplimiento de las reuniones programadas	Se convoca a reuniones de Junta Directiva reuniones realizadas, pero sin cronograma establecido.	Dar cumplimiento al artículo 7""Periodicidad de las reuniones" del Reglamento Interno de Junta Directiva
10. Negociartodo lo relacionado con la Contratación.	10.1No revisión exhaustiva de contratos.	Cumplimiento de los requisitos de la contratación.	Aún no se ha realizado la contratación con la EPS Emssanar, pero se acató la recomendación realizada en el anterior seguimiento a los riesgos del proceso de revisar previamente la contratación propuesta. .	Solicitar acompañamiento del Alcalde Municipal y el Director LocaldeSaludenla negociación de la nueva contratación con la EPS-S Emssanar. Revisar con el asesor jurídico y los líderes de proceso los contratos a renovar con las EPS-C
11. Revisar el Sistema de Gestión de Calidad	Ausencia de seguimiento	Nivel de avance en el diseño, implementación y mantenimiento del SGC	Se estableció nuevamente cronograma de seguimiento a las actividades del SGC. Se programa capacitación de auditores internos y actualización de la ISO 9001:2015 en convenio con el SENA, la cual inicia el 4 de septiembre de 2016	Solicitar al SENA una capacitación donde se integre las Auditorías Internas del SGC y el MECI.
12. Tomar acciones preventivas, correctivas y de mejora con respecto al cumplimiento del Plan de mejora y al resultado de los indicadores	Ausencia de seguimiento de las acciones correctivas y preventivas. No realizar seguimiento a las acciones correctivas o preventivas	Seguimiento a los planes de mejora	Se actualizó el formato Plan de Mejora y Seguimiento en causa raíz de la no conformidad detectada. El avance en el cumplimiento del plan de mejora de la auditoría interna vigencia 2016 es del 40%	Continuar con el seguimiento al cumplimiento del Plan de mejora para el cierre de las acciones correctivas y preventivas reportadas, aunque las que no se han podido cerrar son por falta de recursos económicos.

RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Concentración de autoridad	Cumplimiento del Manual de Funciones	Aún persiste falta de Conocimiento del manual de funciones y Competencias Laborales por los directivos de la entidad.	Una vez aprobado el nuevo Manual de Funciones se recomienda socializar a todos los niveles de la entidad.
2. Incumplimientos legales	Acuerdo aprobación Plan de Desarrollo	El Plan de Desarrollo 2017-2020 "Pradera crece como un municipio saludable", fue aprobado por la Junta Directiva el 4 de enero de 2017, mediante acuerdo #15	Aún no se ha socializado el Plan de Desarrollo2017-2020alos empleados de la entidad y darlo a conocer a la comunidad a través de la página web.

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
3. Vencimiento de términos en tutelas o procesos jurídicos en contra de la ESE	Radicación y verificación de los términos	Se realizó el primer informe semestral de tutelas, acciones populares y derechos de petición, para presentarlo a la Secretaría de Salud Departamental.	Continuar diligenciando el formato de recolección de la información de tutelas, acciones populares y derechos de petición.
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.	Continuar con la exigencia del cumplimiento normativo de los requisitos legales para celebrar la contratación.
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 Se evidencia estudios previos antes de solicitar disponibilidad presupuestal.	Continuar con las acciones establecidas.
6. Contratar con compañías de papel, especialmente creadas para participar en procesos específicos que no cuentan con la experiencia necesaria, pero si con capacidad financiera.	Revisión detallada por parte del área competente, de la documentación aportada por los proponentes	Se actualizó el procedimiento de Contratación, donde se evidencia puntos de control para evaluación de propuestas y suscripción de los contratos	Continuar con el cumplimiento del procedimiento GE-PR-XX "Procedimiento de Contratación
7. Falencias en el seguimiento a la ejecución del contrato	Lista de chequeo Evidencias de la supervisión (Actas de supervisión, informes, etc.) Dar cumplimiento al Manual de Supervisión y/o interventoría	Aún no se ha actualizado el procedimiento de Supervisión e interventoría a la contratación, pero se evidencia control a la ejecución del contrato por el supervisor asignado.	Se solicita nuevamente programar recapacitación en Supervisión e interventoría de contratos a la ESAP

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 ha alcanzado un 62.5% de cumplimiento a las actividades programadas del Sistema de Gestión de Calidad.	Solicitar evidencia de los documentos que soporten las actividades realizadas del cronograma establecido.
2. Planificar la encuesta de satisfacción del usuario, aplicarla y tabular los resultados	Incumplimiento en la ejecución de la encuesta. Sesgo en la encuesta por inadecuada herramienta para el cálculo de la muestra	Cumplimiento al cronograma de aplicación de Encuesta de satisfacción. Herramienta establecida para el cálculo de la muestra	Las encuestas se están realizando por un empleado de planta que conoce la importancia de conseguir clientes satisfechos, además está direccionando a los usuarios en demanda inducida a los diferentes programas de Promoción y Prevención. El cálculo, tabulado e informe de la encuesta es realizado por coordinador de calidad	Continuar con las acciones establecidas.
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.	Con las capacitaciones realizadas en convenio con Asohosval-SENA, se ha logrado mayor efectividad en el conocimiento y mantenimiento del SGC por los líderes de proceso, que a su vez han replicado en sus colaboradores.	Se continua con las capacitaciones en convenio con el SENA
	Documentos desactualizados disponibles en los puestos de trabajo.	Revisión periódica del listado maestro de Registros y documentos	A pesar de la revisión de los formatos por el coordinador de Calidad junto con el líder de proceso, se evidencian manejo de formatos obsoletos en algunos servicios. Ya se terminó de revisar documentos y registros del proceso misional, se espera que al terminar el año se hayan actualizado el resto de procesos de la entidad.	Continuar con las acci0ones establecidas.
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 evidencia actas de socialización de cambios en documentos y registros.	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.	Se está cumpliendo regularmente el cronograma del Comité de Calidad y Control Interno, evidenciado en las respectivas actas.	Dar cumplimiento al cronograma establecido.
6. Realizar seguimiento al tratamiento del	Recurrencia de la no conformidad por falta de seguimiento.	Seguimiento al tratamiento y cierre de las No	Se ha afianzado el cumplimiento las acciones correctivas y/o preventivas resultantes de auditoria interna,	Continuar con el seguimiento al plan de mejora GC-FT-08.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
producto o servicio no conforme, las acciones correctivas y las acciones preventivas		Conformidades y del Producto Servicio No Conforme	auditorías externas, auditorias de entes de control y producto y/o servicio no conforme, a través del seguimiento al registro GC-FT-08 "Plan de mejora y seguimiento".	.
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	Para el primer semestre de 2017 ha sido muy regular el reporte oportuno de los indicadores al coordinador de Calidad.	Solicitar a los líderes de proceso el cumplimiento del reporte de indicadores, para medir la eficacia, eficiencia y efectividad de los resultados obtenidos. Analizar en Comité de Calidad y Control Interno, los indicadores de cada proceso y dejar en firme los que realmente midan impacto en 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	Para este primer semestre de 2017 se reportaron cuatro (4) no conformes: 2 del área de facturación, uno de consulta externa y uno del área de urgencias,	Continuar incentivando a los colaboradores en el reporte de no conformes. 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	Para el primer trimestre 2017, se revisó nuevamente el listado Maestro de documentos y registros. Se espera que al finalizar el tercer trimestre se haya revisado el 100% de los procesos.	Continuar con las acciones establecidas.

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 evidencia cumplimiento del cronograma de actividades programadas de acuerdo a los requerimientos de los diferentes entes de control y EPS.	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 actualizó el Software de SITIS en 2016 y hubo Contrato de Soporte los meses de Diciembre de 2016 y Enero de 2017. Actualmente no hay contrato. Está pendiente la Capacitación en CIE-10 y correcto diligenciamiento de Finalidad de Consulta, Causa Externa y Tipo de Diagnóstico. El instrumento para evaluación de Historias Clínicas incorporó un ítem donde se evalúa el correcto diligenciamiento y coherencia de la finalidad de consulta, la causa externa, el diagnóstico y el tipo de diagnóstico. Se asignó otro funcionario para la revisión y diligenciamiento de la información de la Resolución 4505	Crear sanciones pecuniarias en las obligaciones contractuales y así poder exigir el correcto diligenciamiento de la información requerida para no distorsionar el dato estadístico. Agilizar la actualización del software asistencial para minimizar las falencias que se presentan en los reportes a las diferentes EPS.
3. Realizar mantenimiento preventivo y correctivo del Software y Hardware (Anulación de facturas, registros en blanco y errores del sistema)	Mal funcionamiento del Software y Hardware.	Se realiza mantenimiento al software y hardware. Existe plan de mantenimiento.	El no contar con versiones actualizadas del software para apoyo a la gestión asistencial hace que la generación de informes para entes de control y entidades contratantes sea engorrosa, lenta y genere reprocesos. De modo similar, el uso de una versión obsoleta del software financiero y contable deja vulnerable la información a intromisiones no autorizadas, el manejo de la cartera se hace ineficiente, la rendición de cuentas a entes como la contraloría es en extremo difícil y los datos presupuestales y contables suelen carecer de confiabilidad. El mantenimiento preventivo del Hardware se han venido realizando pero éstos no son acordes con el Plan de Mantenimiento Institucional	Agilizar la actualización del software asistencial y financiero, para minimizar las falencias que se presentan en los reportes a las diferentes EPS. Se recomienda tercerizar el mantenimiento de equipos de cómputo, esta actividad está demandando mucho tiempo, dejando al área sin posibilidad de atender requerimientos de mayor relevancia.
4. Efectuar copias de seguridad de los diferentes Software que se manejan en la institución e información	Pérdida de la información.	Realizar copias de seguridad	Se revisan copias de seguridad de los software Contable y Misional de enero de 2017 a la fecha, evidenciándose su almacenamiento en el disco duro externo.	Continuar con las acciones establecidas para la realización de los backups de los softwares institucionales.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
producida por cada proceso			En cuanta a la red compartida, se eliminó esta medida de almacenamiento porque no garantiza la seguridad de la información.	Implementar, documentar e integrar al SGC procedimientos y políticas.
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.	No se evidencia plan de capacitación de manejo de Software. Existe Contrato de Soporte de Software Financiero con AWA Solutions desde el mes de agosto de 2016 hasta la fecha. Para el Software Misional solo hubo Contrato de Soporte los meses de Diciembre de 2016 a Enero de 2017.	A pesar de que no haya soporte del software que más demanda requerimientos, se debe realizar el cronograma de capacitaciones.
6. Parametrizar las actividades realizadas acorde a la reglamentación legal.	Inconsistencias en la parametrización.	Existe parametrización de acuerdo a los requerimientos del usuario.	El software misional se encuentra sin recibir actualizaciones desde hace dos (2) años, lo que ha dificultado extraer información para presentar los informes al Ministerio de Salud, EPS y demás entes de control. Se evidencia actualización de tarifario acorde a la contratación con la EPS-S Asmet Salud. Para las demás EPS al inicio del año se realizó ajuste. En cuanto a parametrización de tarifas de medicamentos lo continúa haciendo el área de sistemas.	Se recomienda asegurar el mantenimiento tanto al software misional y el financiero.
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 de los usuarios de las diferentes EPS, con las cuales tenemos contratación.	Acorde a las directrices impartidas por las EPS, los usuarios son consultados en línea y a través de telefonía.	continuar con las acciones implementadas
8. Elaborar, presentar e implementar las Tablas de Retención documental.	Incumplimiento de la ley 594 del 2000	Existen tablas de retención documental.	Actualmente se cuenta con una Auxiliar Administrativa encargada del Archivo Central quien está organizando e inventariando el fondo documental. Persiste mal diligenciamiento de los códigos inmersos en las Tablas de Retención Documental para la correspondencia que se maneja al interior de cada proceso. Aún no se ha establecido procedimiento para el manejo de la Gestión Documental.	Realizar procedimiento para el manejo de la Gestión Documental a nivel de la entidad. Capacitar al funcionario encargado del Archivo Central en el manejo de TRD y Gestión documental.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
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.	Aún no se ha realizado procedimiento o instructivo para el manejo de la correspondencia en la ventanilla única. Asegurar el espacio físico de la distribución de correspondencia en la ventanilla única, para guardar la confidencialidad de la misma.	Solicitar la construcción del procedimiento o instructivo para el manejo de la ventanilla única. Encerrar el espacio de ventanilla única para asegurar la confidencialidad de la información.
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 continúa los lineamientos de la Resolución 1995 de 1999. Aunque se hizo actualización del software Sitis de Historia Clínica, no todas las plantillas para el diligenciamiento de historias clínicas se encuentran funcionando por lo que aún se realizan historias clínicas de forma manual.	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 de 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 adecuado manejo de la entrada y salida de historias clínicas, a través de listas de chequeo y tarjetones de reemplazo. Se está realizando Comité de Historias clínicas mensualmente, se evidencia la metodología utilizada, pero falta realizar la respectiva acta. No se evidencia programación de Comités de Vigilancia Epidemiológica institucional.	Continuar con las acciones establecidas para la adecuada custodia de la historia clínica. Realizar las Actas del comité de Historias clínicas para poder evidenciar los planes de mejora resultantes. Solicitar para el próximo semestre 2017 la programación de los COVES.
12. Diligenciar y analizar los indicadores del proceso.	Información de los indicadores poco confiables	Seguimiento a los indicadores del proceso	Oportunidad del cálculo de los Indicadores de producción y calidad, para el respectivo análisis por el líder del proceso involucrado.	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	Producto de la auditoría interna en donde se evidencian 4 no conformidades (Proceso Tecnológico), se debe realizar el plan de mejora correspondiente para establecer un mejoramiento continuo de esta área.	Cumplir las acciones establecidas.

RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Filtración inadecuada de información de la entidad.	Procedimiento de comunicación interna y externa	Aún no se ha actualizado el manual de comunicación interna y externa. Igualmente no se han diseñado políticas claras y objetivas de comunicación.	Dar cumplimiento a las acciones establecidas..
2. Acumulación excesiva de documentos en las oficinas	Transferir al Archivo Central los documentos en las tiempos estipulados en las tablas de Retención Documental	Presentar un proyecto al Ministerio de Salud y Protección Social para la readecuación del espacio físico del archivo Se asignó funcionario para el manejo del Archivo Central.	Capacitar al funcionario asignado al Archivo Central para el adecuado manejo de transferencias documentales.
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.	Aún no se ha realizado el Manual de Políticas para la seguridad de la Información. Realizar verificación detallada de todos los PC's de la institución para validar que no hayan sido violentadas las medidas de control y se pueda extraer información confidencial de la entidad.. No se evidencia permisos de acceso a la información de los softwares institucionales, de acuerdo a perfiles del cargo. .	Solicitar al área de sistemas la realización del Manual de Políticas de Seguridad de la información para este segundo semestre 2017. Verificar permisos para el manejo de los softwares de la entidad, de acuerdo al perfil del cargo dentro de la entidad.

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 dedatos de los usuarios. Documento de identidad del usuario Manejo del software	No se está realizando actualización de los datos del usuario en el área de facturación de consulta externa, lo que se refleja en los demás servicios que utiliza el usuario como laboratorio. Actualización que es necesaria en caso de requerir la localización del paciente.	Realizar seguimiento por el líder del proceso en la actualización de los datos del usuario por el facturador.
2. Validar telefónicamente los datos del usuario	Información errada	Documento de identidad del paciente. Línea telefónica en buen estado	Se está solicitando las autorizaciones a las diferentes EPS, consignadas en el formato de autorizaciones, lo que ha disminuido las glosas por este concepto.	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 está dando cumplimiento al cuadro de turnos de los médicos para programar la agenda en consulta externa.	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 continua con la confirmación adecuada de los datos de los usuarios a través de la página web y bases de datos proporcionadas por las EPS	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.	No se está cobrando derechos económicos a los usuarios del Régimen Contributivo en Consulta externa. Se recapacita a los facturadores en temas de la contratación con las EPS	Verificar permanentemente a través de listados generados por el software los pagos que deben realizar los usuarios del Régimen Contributivo y que no son generados, a fin de generar detrimento patrimonial en la entidad. 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	No se han diseñado los indicadores solicitados al proceso	Solicitar nuevamente la construcción de indicadores que permitan medir la eficacia, eficiencia y efectividad del proceso.

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.	Se está capacitando a los facturadores y otro personal de la institución en Atención al Cliente, para sensibilización de una atención más humana.	No se evidencia el tratamiento para el cierre de la acción correctiva producto de la auditoria interna.
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.	Implementar el registro para evaluar el cumplimiento de la agenda programada.	Continuar con la acción a implementar.

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.	Se revisó la contratación a firmarse con la EPS-S Emssanar, para ajustar el recurso humano e insumos para cumplir con lo pactado. Aumento de las actividades de PyP, con la implementación de las brigadas extramurales	Continuar con las acciones propuestas.
2. Planear acciones para las enfermedades de interés en Salud Publica.	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.	Por falta de la contratación del PIC, no se ha realizado para este primer semestre la búsqueda activa de enfermedades en salud pública. Para esta vigencia no se ha realizado Comité de Vigilancia en Salud Pública. Existen programas de Interés en Salud Pública y se adoptaron las guías de manejo de estas patologías.	Solicitar a la Dirección Local de Salud la contratación del PIC, para realizar la búsqueda activa de enfermedades de interés en Salud Pública. Reactivar el Comité de Vigilancia Epidemiológica.
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	Adoptar los protocolos del proceso asistencial que se hayan tomado del Ministerio de Salud y Protección Social. Continuar con las acciones establecidas.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
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. Se continúa recapacitando en toma y registro de signos vitales.	Solicitar la lista de chequeo para la toma de signos vitales y los planes de mejora en caso de inconsistencias encontradas. 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	Se verifica las Competencias y habilidades en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) del profesional médico en el servicio de urgencias. A través del software se verifica a pertinencia en la clasificación del Triage.	Continuar con las acciones establecidas.
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.	No se evidencia entrega elementos de protección personal a los empleados asistenciales. Capacitación en normas de Bioseguridad por la ARL.	Solicitar a Gestión financiera la adquisición de elementos de Protección personal, indispensables para la seguridad del funcionario.
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 las camas y camillas hospitalarias. Entrega del turno.	Se inician los primeros reportes de eventos adversos al SGC No se ha instalado el timbre para llamado del usuario a la estación de enfermería. No se evidencia camas con barandas Se evidencia entrega de turno por el personal auxiliar de enfermería, pero no se llevan registro.	Evidenciar el seguimiento a la mejora de los eventos adversos. Solicitar nuevamente la implementación de sistema de llamado. Gestionar la adecuación o compra de camas con Barandas. Implementar Registro entrega de turno.
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 día, de acuerdo lo normado por la circular 256	Continuar con la medición del indicador mensual.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
10. Atender consulta odontológica	Contaminación cruzada por malas técnicas de asepsia.	Registro de esterilización	Se continúa con el adecuado registro de esterilización de elementos de uso por el área de odontología.	Continuar con la adecuada técnica aséptica en el área de odontología.
11. Efectuar actividades de promoción y prevención.	Aumento de las enfermedades.	Seguimiento y auditoria a los programas de PyP.	A través de la medición y seguimiento de la Resolución 4505 y las matrices de riesgo se puede evidenciar un cumplimiento de 49% en el reporte y calidad del dato.	Mejorar el Reporte y la calidad del dato de la Resolución 4505 y las matrices de riesgo.
12. Revisar la Historia clínica	Historia Clínica incompleta	Realización de comités de Historias clínicas Capacitación del manejo del software asistencial al personal nuevo.	SE ajusta la evaluación de historias de acuerdo a la normatividad vigente. Se evidencia inducción en el manejo del software al personal nuevo que ingresa a la entidad.	Continuar con las acciones propuestas.
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. Capacitación en el diligenciamiento de las fichas a los médicos nuevos que ingresaron a la entidad. Se evidencia actualización del aplicativo Sivigila en marzo de 2017 con versión 1.2.0	Incluir en las obligaciones contractuales sanciones por el inadecuado reporte de las fichas epidemiológicas.
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 Hospital en el correcto diligenciamiento de los certificados. Control de movimiento y consecutivo de formularios de defunción y Nacido vivo	Se realiza seguimiento al diligenciamiento de certificados de defunción y nacidos vivos, encontrando certificados de defunción y de nacidos vivos, que fueron expedidos pero no se ingresaron al RUAF. Capacitación en el diligenciamiento de los certificados de defunción y Nacido vivo a los médicos nuevos que ingresaron a la entidad. Aún no se ha realizado la creación del Comité de Estadísticas Vitales	Incluir en las obligaciones contractuales sanciones por no diligenciar la información de estadísticas vitales a través del RUAF. Continuar con la acción establecida.
15. Diligenciar y analizar los indicadores del proceso	No diligenciar y analizar los indicadores	Se diligencian los indicadores de obligatorio cumplimiento	Se evidencia el diligenciamiento y análisis a los indicadores del 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	No se evidencia entrega elementos de protección personal a los empleados asistenciales,	Solicitar a Gestión financiera la adquisición de elementos de Protección personal, indispensables para la seguridad del funcionario.
2. Estancias de Hospitalización Prolongadas objeto de glosas por las EPS	Verificación del seguimiento a los médicos por el coordinador médico	La Enfermera Jefe encargada del área de Hospitalización, confronta con el kardex la adecuada pertinencia de las evoluciones médicas, apoyada por la coordinadora médica.	Continuar con la acción establecida.

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.	Actualmente no se tiene un stock, pero se tienen los insumos de manera oportuna para la prestación del servicio.	Revisar la aplicabilidad al procedimiento de compras establecido.
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.	Antes de la toma de exámenes se está rotulando la muestra con el nombre e identificación del usuario. Se evidencia asistencia de resocialización del personal auxiliar del 27 de enero de 2017 en toma de muestras. El 26 de enero de 2017 resocialización de las normas del procedimiento de laboratorio	Continuar con los controles establecidos .
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.		
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	Se han realizado dos mantenimientos preventivos, incluida la calibración a los equipos del laboratorio, por el contratista Tecnología Vital. Las auxiliares realizan una indagación al usuario de cómo	Continuar con los controles establecidos

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
		responsable del servicio	se preparó para la toma de los exámenes, para que no se pierda el proceso de éstas, previamente también se les ha entregado por escrito las condiciones para la toma de exámenes.	
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 continua con la oportunidad de las copias de seguridad del software asistencial, verificados en enero, marzo y junio de 2017, pero no hay evidencia donde se deja otra copia para blindar el proceso de seguridad de la información. Igualmente se entregan los exámenes con el documento del usuario, previo registro en el formato AP-FT-02 entrega de exámenes de laboratorio y AP-FT-60 Entrega de Radiografías.	Continuar con los controles establecidos, pero solicitar al área de sistemas evidencia donde esté quedando copia de la información del software asistencial. Continuar con la acción establecida para entrega de exámenes de laboratorio, Ecografías y placas de RX.
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 continúa con la Preauditoría a la facturación realizada.	Continuar con los controles establecidos.
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 asistencia de resocialización del personal auxiliar del 27 de enero de 2017 en toma de muestras. Previamente a la toma de los exámenes o placas de RX, se indaga al usuario de cómo se preparó para la toma, previamente también se les ha entregado por escrito las condiciones para la toma de exámenes y tomas de RX con preparación.	Continuar con las acciones implementadas.
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.	Oportunidad en el cálculo de indicadores y cumplimiento con la meta propuesta. No se detectaron no conformidades en el proceso	Replantear los indicadores que aporten mejoras relevantes al proceso y toma de decisiones gerenciales. Incentivar el reporte de no conformes.
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		

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
		producto o servicio no conforme. Seguimiento a la eliminación de las causas que generaron la No Conformidad.		
10. Atendery realizar seguimiento a las quejas y solicitudes de los usuarios.	Inconformidad e insatisfacción del usuario.	Respuesta oportuna a quejas y reclamos de los usuarios.	Se tramitaron las quejas presentadas por el servicio de Rayos X, dentro de los tiempos establecidos.	Informar a la Gerencia la repetividad de las quejas del Servicio de Rayos X por demora en la atención de los usuarios, para que se tomen los correctivos necesarios.

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.	No se está dando cumplimiento al procedimiento de compras GA-PR-09, a pesar de que los líderes de proceso solicitan las necesidades de cada servicio, a través del registro GA-FT-07 "Requisición de insumos y medicamentos".	Recomendar al Comité de Compras dar aplicabilidad al procedimiento GA-PR-09. Continuar con la requisición de bienes y servicios.
2. Elaborar el plan de compras.	Planear compras innecesarias	Se establece el plan de compras de acuerdo a consumos históricos	se elaboró el Plan de Compras, teniendo en cuenta los consumos históricos, el cual fue divulgado en la página web institucional y ante el secop	Continuar con el control establecido.
3. Establecer requerimientos para la contratación de servicios.	Incumplimiento con los requerimientos normativos exigidos para contratar.	Revisión de los requisitos de cada contrato de acuerdo a las normas	Se revisa aleatoriamente el cumplimiento de los requisitos mínimos inmersos en el Estatuto de Contratación de la entidad.	Continuar con el control implementado. Se traslada este riesgo a Gestión Estratégica
4. Realizar selección de proveedores.	Seleccionar los proveedores no idóneos	Evaluación de proveedores	Se tiene programada evaluación de Proveedores acorde con el procedimiento GA-PR-10 para el mes de noviembre de 2017	Continuar con el Control establecido.
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.	No se está cumpliendo el procedimiento de compras, en el cual se definen adquisiciones de bienes y/o servicios, previa solicitud de cotizaciones.	Se recomienda dar periodicidad al Comité de compras GA-PR-09

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
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 verificación del estado de llegada y control de insumos a vencer en el formato GA-FT-32.	Continuar con la acción establecida.
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 las altas y bajas.	Revisión periódica, relación de inventarios en préstamos o en mantenimiento y mecanismos de protección frente al robo. Utilizar las herramientas del software para el control de los máximos y mínimos en inventarios.	Se continua con las recomendaciones realizadas en el anterior seguimiento a los riesgos como son: Mantenimiento y adecuado funcionamiento de cámara para cubrir el área de Almacén. Existe acceso restringido al Almacén.	Revisión periódica a las cámaras de seguridad ubicadas en el área de Almacén. Mantener el acceso restringido al área del almacén.
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 tiene implementada una matriz en Excel, donde se hace seguimiento permanente a las fechas e terminación de los contratos.	Continuar con las acciones implementadas. Se traslada este riesgo que corresponde a Gestión Estratégica.
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 tiene programada evaluación de Proveedores acorde con el procedimiento GA-PR-10 para el mes de noviembre de 2017	Continuar con los controles implementados para minimizar el riesgo.
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 presenta avance del 61% de cumplimiento al mantenimiento y calibración de los equipos de la entidad.	Continuar con el control establecido para garantizar una oportuna y adecuada prestación de servicios.
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 implementó la matriz en Excel con semaforización del mantenimiento programado vs lo ejecutado por cada equipo biomédico. Igual procedimiento se está realizando con el mantenimiento a la infraestructura.	Continuar con las acciones establecidas.
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 en el formato GA-FT-33. Se socializó protocolo de limpieza GA-PT13 el día 24 de marzo 2017	Continuar las acciones implementadas. Se recomienda realizar la supervisión al aseo

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
13. Controlar y verificar la prestación de los servicios generales de mantenimiento y aseo.	Nocontrolar ni verificar la prestación de los servicios generales de mantenimiento y aseo.		Verificación mensual dela Supervisión al Aseo en el formato GA-FT-40.	dos veces por semana
14. Diligenciar y analizar los indicadores del proceso.	Información de los indicadores poco confiable.	Realizar indicadores por el líder del proceso.	El área de mantenimiento aún no ha definido indicadores para medir el impacto de su proceso.	Solicitar al líder del proceso la implementación de indicadores para el área de mantenimiento.
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 losno conformes reportados por el proceso. Plan de mejora producto de auditorías internas y externas	Aún no se reportan no conformes por el proceso. Se modificó el formato Plan de Mejora y seguimiento, en el cual se agregó la causa raíz que origina el no conforme.	Incentivar a los funcionarios para el reporte del producto y/o servicio no conforme. Recapacitar en el análisis de causa raíz del producto y/o servicio 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.	Se implementó la matriz en Excel con semaforización del mantenimiento programado vs lo ejecutado por cada equipo biomédico. Igual procedimiento se está realizando con el mantenimiento a la infraestructura.	Continuar con las acciones establecidas
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.	No se está cumpliendo el procedimiento de compras, en el cual se definen adquisiciones de bienes y/o servicios, previa solicitud de cotizaciones.	Se recomienda dar periodicidad al Comité de compras GA-PR-09.
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.	Aún no se ha entregado inventarios a los diferentes procesos de la entidad. Se está utilizando el Formato de traslado de elementos entre dependencias, para la localización oportuna del bien.	Agilizar laasignaciónde inventarios a cada líder de proceso Continuar con la acción implementada.
4. Hurto en el almacenamiento de bienes en el Almacén	Registro de bienes en el Kárdex. Tomas físicas de inventario	En la toma física de inventarios no se evidencia perdida de bienes del almacén	Continuar con las medidas de seguridad establecidas: Cámaras y acceso restringido al almacén.

3.2 GESTION FINANCIERA

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Elaborar el proyecto de presupuesto 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 2017, se construyó con datos históricos	Replantear ante la Junta Directiva modificar el Presupuesto, debido a que para el primer semestre 2017, sólo se ha alcanzado el 33% de cumplimiento.
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 2017, fue aprobado mediante acta de junta directiva No. 13 de Noviembre 30 de 2016	
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.	Persiste incumplimiento del procedimiento de Presupuesto GF-PR-10. La Jefe de Presupuesto implementó indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad.	Recapacitar al personal del proceso financiero y personal directivo en el procedimiento de Presupuesto GF-PR-10, a fin evitar la materialización del riesgo.
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 continúa consultando los usuarios activos a través de página WEB de cada entidad, en bases suministradas por algunas EPS y de manera telefónica.	Continuar con la acción implementada.
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 disminución de glosas en 2.62%. Al finalizar 2016 teníamos un porcentaje de Glosas del 3.82%. A junio 30 de 2017 estamos en 1.2%, se debe considerar que no se han reportado glosas por la EPS Emssanar. Se realizó capacitación por un externo sobre facturación de servicios y estrategias para disminuir el porcentaje de glosas.	Continuar con el control implementado
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.	En auditoría realizada al proceso de Generación de cuentas, se pudo verificar que los servicios facturados están generados en el archivo de transacciones para cobro a entidades.	Continuar el seguimiento a los servicios facturados. Consultar aleatoriamente admisiones de usuarios que aparecen no atendidas.
7. .Generar Rips	Generación de errores por daños en el software	Documentar los errores que presenta el software para ser tratados con el proveedor e informar a la Gerencia.	Aún se presentan errores en los Rips por debilidades en la facturación de medicamentos y diagnostico no pertinente para PyP	Recapacitar a los facturadores en las debilidades encontradas y realizar seguimiento por el líder del proceso a la generación de RIPS.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
				Igualmente reportar la inconsistencia en los códigos de la CIE 10 a la coordinadora médica.
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.	Aún se evidencia funcionarios con permisos, que sólo debe corresponder al líder del proceso o delegado, lo que puede generar la materialización del riesgo.	Continuar con el seguimiento periódico de permisos generados a través del software para todos los que operen el software.
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.	Procedimiento de Contabilidad GF-PR-09 desactualizado con respecto a la nueva normatividad de las NIFF y nuevos informes expedidos por la Supersalud. El procedimiento actual en el numeral 5.2 y 5.10 se realiza de manera oportuna.	Realizar los ajustes normativos al procedimiento de Contabilidad y realizar mensualmente conciliación de cartera y presupuesto (numeral 5.6 del procedimiento GF-PR-09)
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	No se pudo realizar la auditoria a la Coordinadora de Cartera, por presentación de la circular 030, está pendiente el cumplimiento del numeral 5.3.2 y 5.3.3 del procedimiento de cartera GF-PR-08 “.	Solicitar mensualmente por el líder del proceso la circularización de la cartera con las diferentes EPS e IPS. No se evidencia actas de conciliación sobre gestiones de cobranza a las diferentes EPS con cartera mayor a 60 días.
12. Analizar y dar respuesta a Glosas.	No analizar y dar respuesta a las glosas	Se realiza una pre-auditoria a la facturación en general para disminuir las glosas. Se analizan las glosas y se dan respuesta dentro del tiempo estipulado	Se disminuyó el porcentaje de glosas en 2.62%, pero se deben corregir los motivos de glosas reportados por las EPS.	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.	En cumplimiento del numeral 5.7 del procedimiento de Contabilidad GF-PR-09 se está realizando la actividad dentro de los términos descritos. En cuanto al numeral 5.6 del procedimiento GF-PR-09 evidenciar la conciliación con cartera a través del formato GF-FT-02 “Historial de Cartera”	Continuar con el seguimiento oportuno a las conciliaciones bancarias. Evidenciar la trazabilidad oportuna de la conciliación con cartera.
14. Realizar control y seguimiento a facturación.	No realizar control y seguimiento a facturación.	Revisión de la facturación diaria. Preauditoría de cuentas	En auditoría realizada al proceso de Generación de cuentas, se pudo verificar que los servicios facturados están generados en el	Continuar el seguimiento a los servicios facturados. Consultar aleatoriamente

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
		médicas.	archivo de transacciones para cobro a entidades.	admisiones de usuarios que aparecen no atendidas.
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 manejo de los ajustes contables a través de las notas.	.Solicitar al Revisor Fiscal el seguimiento a los ajustes contables que realiza contabilidad.
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 calculan los indicadores financieros para Contabilidad y presupuesto, pero no son reportados al Sistema de Gestión de Calidad.	Se debe solicitar por el líder de proceso el diseño de indicadores a cartera y facturación A los indicadores calculados, se debe profundizar su análisis objetivo para una adecuada toma de decisiones.
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.	Se encontraron glosas por personal Administrativo (Mal facturación de medicamentos) y por personal asistencial (Diagnóstico no acorde para el motivo de consulta de PyP)	Solicitar a los profesionales que realizan consulta de Promoción y Prevención certeza del código de acuerdo al programa que están atendiendo.
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 realizó capacitación en herramientas estadísticas por la Enfermera Marcela Montaño, se debe realizar un manual para que los líderes tomen la alternativa más conveniente en el momento de analizar la causa raíz que se está evidenciando en las no conformidades encontradas.	Continuar con el control establecido. .

RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Pérdida de la información Contable.	Mantenimiento remoto del software contable y financiero	De acuerdo a auditoria interna realizada por el Asesor Externo realiza las siguientes apreciaciones: El software financiero es muy vulnerable, debido a que está desarrollado en FoxPro, lo que deja expuestos los archivos de información a cualquiera que se conecte a la red. Está propenso a pérdida de información, debido a las falencias de FoxPro. FoxPro es una herramienta de desarrollo que fue retirada del mercado hace más de diez (10) años . Implementación de la interface entre el software financiero y el software de	Es recomendable actualizar la versión del software, debido a que continua sin interface con el software de facturación, lo que genera reprocesos para el registro de información contable y para la gestión de glosas..

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
		facturación clínica, para minimizar tiempos y riesgos en la digitación de la facturación manual.	
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.	Se revisaron las transferencias bancarias físicas frente a los comprobantes de egreso y cuentas de cobro.	
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 cumple parcialmente el numeral 4.2 del procedimiento de Presupuesto GF-PR-10, todos los procesos que necesiten disponibilidad presupuestal deben acatar el procedimiento establecido.	Cumplir el seguimiento establecido en el Procedimiento de Presupuesto GF-FT-10 en concordancia con la normatividad legal vigente

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	De acuerdo a Auditoria al proceso de Gestión Humana, no se evidencia la aplicabilidad del procedimiento GH-PR-09 "Selección y Contratación de Personal"	Recomendar al líder del proceso y al Gerente llevar a cabo el procedimiento GH-PR-09 "Selección y Contratación de Personal", para garantizar perfiles que se ajusten a las necesidades de la entidad.
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.		
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.	De acuerdo a Auditoria al proceso de Gestión Humana, no se evidencia la aplicabilidad del procedimiento GH-PR-09 "Selección y Contratación de Personal" .	Se recomienda seguir los controles establecidos para este riesgo, a fin de evitar la materialización del mismo
4. Realizar inducción de	No realizar o verificar la	Existe procedimiento de inducción y reinducción	Se está incumpliendo parcialmente la norma del proceso	El responsable de Gestión Humana conjuntamente con

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
nuevos colaboradores, y verificar inducción, reinducción y entrenamiento al personal vinculado.	inducción, reinducción y entrenamiento o ejecutarla fuera del tiempo establecido		3.2.1 y las fases en su numeral 3.3.1 del plan de inducción y Reinducción GH-PL-14. Se está realizando reinducción en la nueva normatividad de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 por los líderes de Proceso y en asocio con el SENA	el jefe inmediato, donde esté ubicado el nuevo trabajador, deben ser los encargados de dar a conocer el Programa de Inducción de la Organización.
5. Tramitar procesos disciplinarios.	Errores en el debido proceso disciplinario.	Procedimiento proceso disciplinario. Ejecución del procedimiento cuando se requiera.	En lo corrido de la vigencia 2017, no han adelantado procesos disciplinarios. Aun no se ha actualizado el Procedimiento Control Interno disciplinario" GH-PR-11	Realizar los ajustes pertinentes en materia de Control Interno Disciplinario.
6. Definir Políticas de Salud Ocupacional.	Establecer políticas de Salud Ocupacional, no acorde al tipo de organización	Existe política de Salud Ocupacional	Deacuerdoalanueva normatividad vigente que reestructura el sistema, se adopta la nueva política del Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo GAM-PL-14, la cual se socializó por la ARL el día 29 de junio de 2017	Continuar con las acciones establecidas
7. Implementar normas de Bioseguridad.	Incumplir las normas de Bioseguridad.	Inspecciones semanales sobre el cumplimiento de las normas de Bioseguridad.	Se realizan las inspecciones del cumplimiento de normas de Bioseguridad, pero no se pueden cumplir todas, debido a la falta de elementos de protección personal desde mediados del mes de abril de 2017	Solicitar a Gestión Financiera la consecución de elementos de protección Personal, para continuar con 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	A junio de 2017 se ha alcanzado un avance de implementación del SGSST del 45%.	Continuar realizando la Evaluación de los estándares del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo. .
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	En cuanto a la actualización de la matriz de riesgos se ha alcanzado el 70% de medición en los diferentes procesos de la entidad. Los riesgos que se han calificado son: químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, mecánicos, ambientales y físicos El 29 de junio de 2017 se capacitó tanto al personal asistencial como administrativo en el manejo de Residuos hospitalarios y Riesgo Biológico.	Continuar con las acciones implementadas.
10. Realizar seguimiento al plan de Residuos Hospitalarios.	Falta de control y seguimiento al plan de Residuos Hospitalarios.	Verificación del cumplimiento de la disposición de los Residuos Hospitalarios.	El 31 marzo de 2017 se entrega informe Respel a la CVC de la vigencia 2016, el cual contiene Producción y manejo de residuos biodegradables, biosanitarios y reciclables.	Continuar con las actividades establecidas para el Plan de residuos hospitalarios de acuerdo a la normatividad vigente

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
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.	No realizó encuesta para conocer las necesidades de los servidores públicos A junio de 2017 sólo se han cumplido actividades de educación y una calamidad doméstica. En cuanto al cumplimiento de actividades realizadas se alcanzó el 67% .	Solicitar por escrito al Comité de Bienestar Social la realización encuesta de necesidades de los servidores públicos de la entidad.
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.	No se evidencia Evaluación de desempeño y Competencias Laborales para servidores públicos a febrero 15 de 2017, ni se han concertado medición de objetivos.	Solicitar al líder del proceso la evaluación de Desempeño y Competencias laborales de la vigencia que pasó y la que se debe medir hasta el 15 de agosto de 2017
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 a 30 de junio de 2017 tiene un avance del 30% Como no se realiza un adecuado proceso de Evaluación de Desempeño no se puede realizar plan de incentivos.	Se debe programar las capacitaciones de los funcionarios de acuerdo a las necesidades de cada proceso y resultante de la Evaluación de Desempeño y Competencias laborales.
14. Liquidar nómina y prestaciones sociales.	Cometer errores en la liquidación de la nómina y prestaciones sociales.	Verificación de la liquidación de la nómina acorde a la cuadro de turnos	Al realizar la auditoria al área de Gestión Humana se encontró que desde enero de 2016 y hasta junio de 2017 se está cancelando Salud, pensión y ARL con el sueldo básico del año 2015, lo que estaría causando un delito contra el funcionario público afectado, aún más para aquellos que cotizan a fondos de pensiones privados, por la disminución de los intereses que estos fondos les generan en rendimientos y los que están a punto de pensionarse. Igualmente se debe revisar el pago de horas extras a los médicos en SSO de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Riesgo materializado que es trasladado de zona de riesgo medio a zona de riesgo alto, para lo cual es urgente asignar un funcionario para verificación de las liquidaciones por el proceso de Gestión Humana, antes de realizar los respectivos pagos. No se cuenta con un módulo para liquidación de nómina. Esta labor se hace con ayuda de hojas electrónicas, aumentando la posibilidad de errores, dificultando la generación de informes, la consulta de históricos y originando posibles demandas que causarían detrimento a la entidad..
15. Autorizar permisos temporales permanentes 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 se evidenció programación de vacaciones en el proceso de Gestión Humana. No se ha realizado informe de los	Se recomienda que el líder del Macroproceso de Apoyo, solicité anualmente la programación de vacaciones del personal de la entidad y

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
			ausentismos de los funcionarios de la entidad, para medir realmente porque el personal se está ausentando de su sitio de trabajo.	el informe periódico de Ausentismos.
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.	No se evidencian planes de acción para la vigencia 2017 para dar cumplimiento a la Resolución 710 de 2012.	Solicitar los planes de acción vigencia 2017 para dar cumplimiento a la normatividad legal vigente.
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	En la Auditoría realizada al proceso no se evidencia el cálculo de los indicadores.	Solicitar el cumplimiento del cálculo de los indicadores para evidenciar la mejora continua del proceso.
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.	Una vez diseñado el Manual de Herramientas Estadística, éste debe servir de consulta y aplicación para el cierre de acciones correctivas y/o preventivas. .	Continuar con las acciones establecidas.

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 Específico de Funciones y de Competencias Laborales. Verificación de Requisitos	Con la creación de nuevos cargos se evidencia en la actualización del Manual de Funciones y Competencias laborales el cumplimiento de los requisitos del Decreto 785 de 2005.	Continuar con los puntos de control establecidos.
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	En auditoría realizada al proceso de Gestión humana, se evidencia adecuada custodia de las hojas de vida laboral, pero al revisar aleatoriamente tres Hojas de Vida laboral, se encontró falta de foliación de algunos documentos que reposan en el expediente.	Se recomienda foliar todos los documentos que reposan en cada una de las hojas de vida laboral del funcionario.

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 actualiza el procedimiento de Auditorías internas y se agrega el numeral 5.9 "Antes del inicio de la auditoría interna se *capacitará a losauditoresen acciones correctivas y preventivas para mayor claridad en detectar si una no conformidad se cataloga como correctiva y/o preventiva"*. Se programó Auditoría interna del 20 de junio al 18 de julio de 2017.	Continuar con los Controles establecidos.
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 diseñaron listas de chequeo para la ejecución de la Auditoría interna. Se programó la capacitación de 33 Auditores internos, la cual será dictada por el SENA a partir del 4 de septiembre de 2017 con interpretación de la ISO 9001:2015	Continuar con las acciones propuestas. .
3. Elaborar informes de auditoría Interna	No evidenciarse el resultado de la auditoría.	Informes de auditorías realizadas	Una vez terminada la auditoria internayacordeconel procedimiento de Auditorías Internas EV-PR-07, se reciben los "Informes de auditoría integral por Procesos" en el formato EV-FT-15, se procede a su revisión y confrontación con los auditores participantes para proceder a emitir el informe final de auditoria.	
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	Para la vigencia 2016 se realizó el informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno, a través de la página web del Departamento Administrativo de la Función Pública con avance de cumplimiento del 67,% (Nivel satisfactorio), el cual tuvo una disminución del 6%	Los factores que determinaron esta disminución fueron El entorno de Control y el de Información y Comunicación, sobre los cuales debemos profundizar nuestro accionar.
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	Aún no se ha programado capacitaciones de autocontrol y autogestión. Se está solicitando al SENA la programación de estas capacitaciones.	Continuar con la acción a implementar.
6. Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de	No realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de	Realizar los Planes de mejora con los líderes de proceso con su respectivo control	En la auditoría interna programada se evidencia una avance en el cumplimiento de los planes de mejora de la auditoría interna del	Continuar con el seguimiento al control establecido.

ACTIVIDAD	RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
mejora de Auditorías internas, externas, auditorias de entes de control y autoevaluación del Control y la Gestión.	mejora	periódico.	Año 2016 del 40%. Se tienen pendientes de cerrar cinco (5) planes de mejora por la Contraloría Departamental, sujetosalcierreconel cumplimiento de más del 80% de los hallazgos detectados en las auditorías realizadas.	
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.	Aúnnoseharealizado capacitación en análisis de indicadores. Persisten falencias en el análisis de indicadores.	Solicitar al SENA capacitación para en Análisis de indicadores. Capacitar a los líderes de proceso en el análisis de indicadores, para que la acción de mejora establecida alcance las metas propuestas.
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	Una vez emitido el informe de Auditoría interna 2017, se espera quelas no conformidades encontradas no sean repetitivas, producto de un verdadero análisis de la causa raíz que están originando estas no conformidades.	

RIESGOS DE CORRUPCION

RIESGO	CONTROL	ACCION	COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES
1. Sesgar los resultados del informe de auditoría interna	Evidencia objetiva de los criterios auditados Aprobación previa del informe de auditoría por parte del auditado	Se continua realizando análisis a los informes de los auditores internos y listas de chequeo utilizadas, por parte de la Asesora de Control Interno antes de oficializar el informe final de auditoría.	Continuar con los controles establecidos.

RESULTADOS GENERALES

La Oficina de Control Interno realizó una verificación del cumplimiento de las actividades por parte de cada proceso mediante la observación de registros, entrevistas y evidencia objetiva, revisando en forma detallada cada riesgo propuesto, al igual que sus controles y las acciones planteados para su manejo.

En términos generales y de acuerdo al seguimiento realizado a los diferentes procesos en el mapa de riesgos institucional y Mapa de Riesgos Anticorrupción, se observó que se están cumpliendo con los controles para la mitigación de riesgos contemplados en los mapas de riesgos enunciados, sin embargo en los procesos que relacionan a continuación se observó lo siguiente:

1. GESTION ESTRATEGICA

El riesgo No. 7 “Incumplimiento en las fechas programadas para realizar el Comité.”, no se ha podido controlar, pero a pesar de ello al calificarlo nuevamente en la matriz de gestión de riesgo continúa en zona de riesgo medio, se deben acatar las recomendaciones realizadas “Realizar el Acta de constitución del Comité de Gerencia y el cronograma de este comité”.

El riesgo No. 8 “Desviación del objeto de la denuncia”, no se pudo controlar el riesgo porque no se presentaron a tiempo la contestación de dos demandas por Acción de nulidad y restablecimiento del Derecho, que al recalificarlo pasa de una zona de Riesgo medio a Zona de Riesgo. Para ello se debe solicitar mensualmente al Asesor Jurídico el estado de los procesos jurídicos.

El riesgo No. 9 “Incumplimiento en cronograma reuniones Junta Directiva”, es un riesgo que no se ha podido controlar y pasa de la zona de riesgo medio a zona de riesgo alto. Se recomienda el cumplimiento del artículo 7 del Reglamento Interno de Junta Directiva ¨Periodicidad de las reuniones”

2. GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN

El riesgo No. 6. “Inconsistencias en la parametrización” continua en zona de riesgo alto, pero con aumento de la probabilidad de ocurrencia porque el software misional se encuentra sin recibir actualizaciones desde hace dos (2) años, lo que ha dificultado extraer información para presentar los informes al Ministerio de Salud, EPS y demás entes de control. Se recomienda asegurar el mantenimiento tanto al software misional y el financiero.

El riesgo No. 9 “Que no exista control y confidencialidad de la correspondencia” al recalificarlo continua en zona de riesgo alto, pero con mayor probabilidad de ocurrencia porque el espacio físico donde se distribuye la correspondencia “Ventanilla única” no cuenta con seguridad en la confidencialidad de la información. Es un riesgo materializado, para ello es urgente encerrar el espacio de ventanilla única.

Riesgo de corrupción No. 1 “Filtración inadecuada de información de la entidad”, no se han diseñado políticas claras y objetivas de comunicación al interior y exterior de la entidad.

Riesgo de corrupción No. 3 “Fuga de información confidencial de la entidad por parte de contratista o funcionarios”, no se han diseñado políticas para la seguridad de la información.

Los anteriores riesgos están enmarcados del factor Información y Comunicación que obtuvo calificación intermedia en la calificación del Sistema de Control Interno de la vigencia 2016.

3. INGRESO AL SERVICIO

El riesgo No. 5 “Perdida de recursos” continúa en zona de riesgo alto, pero con aumento de la probabilidad porque no se está cobrando derechos económicos a los usuarios del Régimen Contributivo en Consulta externa, lo que genera detrimento patrimonial a la entidad. Es riesgo materializado

4. PRESTACION DEL SERVICIO

El riesgo del proceso No. 6 “Accidente por riesgo biológico”, se puede materializar por la falta de implementos de protección personal desde mediados del mes de abril de 2017

El riesgo No. 8 “Presencia de eventos adversos” también se puede materializar por la falta de barandas a las camas y funcionamiento del timbre para llamado de usuarios a la estación de enfermería.

Igualmente se vuelve a evidenciar la falta de elementos de protección personal en el riesgo de corrupción No. 1

5. GESTION ADMINISTRATIVA

Los riesgos No. 3 y 8 se deben transferir al proceso de Gestión Estratégica.

6. GESTIÓN FINANCIERA

El riesgo No. 8 “No recaudar los ingresos facturados.” Se puede materializar debido a que aún se evidencia funcionarios con permisos, que sólo debe corresponder al líder del proceso o delegado, según evidencia reportada por sistemas.

7. GESTION HUMANA

Los riesgos Nos. 1, 2, 3 y 4 no se han podido controlar por factores externos, pero se deben tomar en cuenta las recomendaciones realizadas para minimizar el impacto si se materializa el riesgo.

Los riesgos 7, 8, 9 y 10 se deben trasladar una vez sea aprueba la caracterización del proceso de Gestión Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo.

El riesgo No. 12 “No llevar a cabo la evaluación de competencias y desempeño laboral y Cometer errores en la evaluación de competencias y desempeño laboral.” Es un

riesgo que no se ha podido controlar, porque no se evidencia Evaluación de desempeño y Competencias Laborales para servidores públicos a febrero 15 de 2017, ni se han concertado medición de objetivos.

El riesgo No. 14 “Cometer errores en la liquidación de la nómina”, es un riesgo materializado debido a que desde enero de 2016 y hasta junio de 2017 se está cancelando Salud, pensión y ARL con el sueldo básico del año 2015, lo que estaría causando un delito contra el funcionario público afectado, aún más para aquellos que cotizan a fondos de pensiones privados, por la disminución de los intereses que estos fondos les generan en rendimientos y los que están a punto de pensionarse.

Igualmente se debe revisar el pago de horas extras a los médicos en SSO de acuerdo a la normatividad legal vigente.

Se recomienda asignar un funcionario para verificación de las liquidaciones por el proceso de Gestión Humana, antes de realizar los respectivos pagos y adquirir el módulo de nómina para minimizar el riesgo porque esta labor se hace con ayuda de hojas electrónicas, aumentando la posibilidad de errores, dificultando la generación de informes, la consulta de históricos y originando posibles demandas que causarían detrimento a la entidad.

Atentamente,

RUTH MUÑOZ DUARTE
Asesora de Control Interno