

	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 12-07-2024
	CODIGO: CAL-F-027	PAGINA: 1 - 1
	VERSION: 4	REVISO Y APROBO: Jefe Oficina De Calidad

1100-380-10

CI- 065

Bucaramanga, 23 de abril 2025

Doctor
HERNÁN DARIO ZÁRATE ORTEGÓN
Gerente
E.S.E. ISABU
Bucaramanga

Firma _____

Radicado: **00001264**

Enviado: 23/04/2025 - 7:23 a.m.

ventanillaunica

ESE ISABU




Ingeniera
OLGA LUCIA MANTILLA URIBE
Jefe Oficina Asesora de Planeación
E.S.E. ISABU
Bucaramanga

Asunto: Informe de seguimiento y evaluación al Mapa de riesgos operacionales I trimestre vigencia 2025.

Por medio de la presente me permito remitir para su conocimiento y fines pertinentes, el informe de seguimiento y evaluación al mapa de riesgos operacionales, liquidez, actuarial y reputacional, correspondiente al I trimestre de la vigencia 2025.

Agradezco su atención.

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 1-36
			REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES DE LA E.S.E. ISABU I TRIMESTRE VIGENCIA 2025

Responsable del Proceso o subproceso: Ingeniera
OLGA LUCIA MANTILLA URIBE
Jefe Oficina de Planeación Institucional

INTRODUCCION

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

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

En virtud de lo anterior, se estructuró para la vigencia 2025, un mapa de riesgos operacionales, actuarial, reputacional y de liquidez, enfocados a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

En este rol, las oficinas de Control Interno juegan un papel fundamental, a través de la asesoría, acompañamiento técnico y de evaluación y seguimiento a los diferentes pasos de la gestión del riesgo, que van desde la fijación de la política de administración de riesgo hasta la evaluación de la efectividad de los controles.

En el marco de lo expuesto y en cumplimiento del Rol de evaluación de la gestión del riesgo, se presenta el siguiente informe, correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2025, teniendo en cuenta el mapa de riesgos operacionales consolidado y publicado en la página web institucional y la política de administración del riesgo de la E.S.E ISABU.

ALCANCE


Verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones y efectividad de los controles, definidos para el tratamiento de los riesgos institucionales identificados en cada uno de los procesos de la E.S.E ISABU, en lo correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2025.

OBJETIVOS

- Realizar el seguimiento al avance de las acciones y las actividades asociadas al control para la mitigación de los riesgos, en los procesos establecidos en la E.S.E ISABU.
- Generar las recomendaciones u opciones de mejoramiento que le permitan a los procesos de la entidad una adecuada administración del riesgo.
- Emitir un concepto del estado del sistema de administración del riesgo desarrollado durante la vigencia 2025.

MARCO NORMATIVO

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 2-36
			REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

- Decreto 648 de 2017: Art. 17 “Roles oficinas de Control Interno o quien haga sus veces” artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: “De las Oficinas de Control Interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control”.
- Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. ARTÍCULO 2.2.21.5.4 Administración de riesgos.
- Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- Guía Rol de las Unidades de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces DAFP.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (correspondiendo a la 7° Dimensión y tercera línea de defensa de MIPG) DAFP.
- Guía Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6 DAFP.
- Circulares externas emitidas por la Supersalud No. 202111700000004-5 y 202111700000005-5 de 2021, por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.

DESARROLLO


La política de administración del riesgo y la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6 DAFP, proporcionan los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, determinación de roles y responsabilidades de cada una de las líneas de defensa.

La E.S.E ISABU por medio de la resolución 0581 de 21 de diciembre de 2022, adopta la política de administración del riesgo de la empresa social del estado INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU. La política de administración del Riesgo fue actualizada de acuerdo con las acciones de mejora continua provenientes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública y al Marco Normativo de la Superintendencia de Salud.

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

Como tercera línea de defensa, la oficina de Control Interno a través de los seguimientos y evaluaciones desplegados dentro de las actividades propias de auditoría interna establece la efectividad de los controles para evitar la materialización de los riesgos, por lo tanto, esta oficina presenta el informe del primer seguimiento de la vigencia 2025, efectuado al Mapa de Riesgos Operacionales, actuarial, reputacional y de liquidez institucional de la E.S.E ISABU, de acuerdo con el consolidado de evidencias presentadas por cada uno de los líderes a la oficina de control interno, las cuales se analizan logrando identificar la efectividad de los controles aplicados en cada uno de los riesgos.

De igual manera, las oficinas de control interno en cumplimiento del rol de enfoque hacia la prevención, se articula con la oficina de planeación y con las demás instancias de la segunda línea de defensa con el fin de compartir información y análisis de contraste que permita monitorear la exposición de la ESE ISABU al riesgo y realizar recomendaciones con alcance preventivo de forma integral.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 3-36
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

• MATRIZ DE RIESGOS OPERACIONALES VIGENCIA 2025

Dando cumplimiento a las funciones propias de la Oficina de Control Interno y a lo contemplado en el Plan Anual de auditorías para la vigencia 2025, se efectuó seguimiento a la matriz de mapa de riesgos operacionales, actuarial, reputacional y de liquidez, utilizando una metodología de seguimiento y evaluación, en la cual, además de recopilar los soportes que evidencian la implementación de controles, se verifica que los mismos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

Es así como se realizó seguimiento a veinte (20) procesos y subprocesos y a cincuenta y nueve (59) riesgos operacionales, reputacionales, de liquidez y actuarial, todos ellos estructurados en la entidad de la siguiente manera:

PROCESO Y/O SUBPROCESO	No. DE RIESGOS	TOTAL DE RIESGOS
1. Gestión de Planeación Institucional	Riesgos Operacionales: 20,21,22,23,24,25,26 Riesgo Reputacional: 77 y 78	9 riesgos
2. Gestión Calidad	Riesgos Operacionales: 27,28,29,30,31,32,33,34	8 riesgos
3. Gestión Atención Ambulatorios	Riesgos Operacionales: 35	1 riesgo
4. Gestión Talento Humano	Riesgos Operacionales: 36,37	2 riesgos
5. Gestión Atención al Usuario	Riesgo Operacional: 38	1 riesgo
6. Gestión Atención de Urgencias	Riesgo Operacional: 39	1 riesgo
7. Gestión de Internación	Riesgo Operacional: 40	1 riesgo
8. Gestión Cirugía y Atención de partos	Riesgo Operacional: 41	1 riesgo
9. Gestión Apoyo Terapéutico	Riesgo Operacional: 43	1 riesgo
10. Gestión Atención Ambulatoria- Odontología	Riesgo Operacional: 44	1 riesgo
11. Gestión de la Salud Pública	Riesgo Operacional: 45,46,47,48,49,50	6 riesgos
12. Gestión de Recursos Físicos	Riesgo Operacional: 42,51,52,53,54	5 riesgos
13. Gestión de las TICS	Riesgo Operacional: 55,56,57,58,59	5 riesgos
14. Gestión Financiera	Riesgo Operacional: 60,61,62,63,64 Riesgo Actuarial: 75 Riesgo de Liquidez: 76	7 riesgos
15. Gestión Documental	Riesgo Operacional: 65,66,67	3 riesgos
16. Gestión Jurídica	Riesgo Operacional: 68,69,70	3 riesgos
17. Control Interno	Riesgo Operacional: 71	1 riesgo
18. Control Disciplinario Interno	Riesgo Operacional: 72	1 riesgo
19. Gestión Apoyo Diagnóstico- Laboratorio Clínico	Riesgo Operacional: 73	1 riesgos
20. Apoyo Diagnostico- Imagenología	Riesgo Operacional: 74	1 riesgos
TOTAL	59 riesgos	

- **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROLES AL MAPA DE RIESGOS OPERACIONALES, ACTUARIAL, LIQUIDEZ Y REPUTACIONAL - 2025 E.S.E ISABU- PRIMER TRIMESTRE**

A continuación, se relacionan los aspectos más relevantes de la evaluación de los controles:

1. RIESGOS GESTIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

Este proceso tiene priorizado siete (07) riesgos operacionales y dos (2) reputacionales para un total de nueve (9) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 20,21,22,23,24,25 y 26

Riesgo Reputacional: Riesgos 77 y 78

1.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 20	Posibilidad de destitución del representante legal y proceso disciplinario por incumplimiento del Plan de Gestión causado por falta de monitoreo de los líderes responsables de cada uno indicadores de gestión al presentar información de fuentes no confiables, inoportuna y deficientes, para la toma de decisiones gerenciales, ocasionando, incumpliendo de la normatividad vigente establecida.	El profesional especializado de la Oficina Asesora de Planeación solicitará la medición y análisis trimestral de cada indicador al líder responsable, consolidará los resultados en la matriz de indicadores de forma trimestral del Plan de Gestión y reportará los resultados al jefe de la Oficina Asesora de Planeación.	La profesional especializada de planeación realizó solicitud a los líderes responsables de la medición y análisis de los indicadores de gestión correspondientes al cuarto trimestre de 2024 a través de correo electrónico el 14 de enero de 2025 a Planeación, Calidad, Jurídica, Subgerencia Administrativa, Subgerencia Científica y Dirección de las Unidades Hospitalarias. Se realizó la consolidación de los resultados en la matriz de indicadores correspondiente al cuarto trimestre de 2024, los cuales fueron reportados al jefe de la oficina de Planeación. SOPORTE: Solicitud de correos electrónicos realizada el 14 de enero de 2025, Matriz de consolidación de los indicadores de gestión IV trimestre de 2024.
		El jefe de la oficina de Planeación presentará con corte trimestral la matriz de seguimiento de los indicadores del Plan de Gestión al Comité CIGD para la toma de decisiones.	La jefe de la oficina de Planeación revisó y reportó informe preliminar de cierre de los indicadores de gestión 2024 en la rendición de cuentas al SIA Contraloría. En el mes de abril se presentará los resultados en el comité CIGD una vez se tenga los certificados definitivos del Ministerio de Salud y la Supersalud de los indicadores de gestión. SOPORTE: Excel del Formato F28 reportado al SIA Contraloría.

R 21	Incumplimiento del índice de Desempeño institucional del FURAG por información inoportuna de las acciones del Plan de MIPG, por falta de monitoreo y deficiencia en la implementación de las políticas de MIPG por parte de los líderes de políticas y la oficina asesora de planeación.	La profesional especializada de la oficina asesora de planeación realizará monitoreo trimestral al cumplimiento a las actividades programadas y establecidas en el plan de acción de MIPG del periodo establecido, las cuales quedará registrado en el Excel de seguimiento del Plan de acción de MIPG.	En el primer trimestre de 2025 la profesional especializada de Planeación realizó el segundo seguimiento del Plan de Acción MIPG 2024-2025, correspondiente a las actividades programadas en el IV trimestre de la vigencia 2024, donde se programó 25 actividades con una ejecución del 98% de lo programado y un cumplimiento acumulado del plan fue del 42%. Este Plan de Acción MIPG 2024-2025 fue aprobado por el Comité CIGD el día 17 de septiembre de 2024 con 75 actividades para ejecutar al 30 de junio de 2025. SOPORTE: Excel con el seguimiento del PA MIPG 2024-2025 con corte al 31 de diciembre de 2024.
		El jefe de la oficina asesora de planeación presentará el seguimiento del Plan de acción de MIPG de forma trimestral a través del comité CIGD para la toma de decisiones frente a las actividades no alcanzadas, dejando registro en las actas del comité del CIGD.	La jefe de la oficina de Planeación presentó en el comité CIGD el seguimiento del Plan de Acción MIPG 2024-2025, con corte al 31 de diciembre 2024, donde para el IV trimestre programó 25 actividades con una ejecución del 98% un cumplimiento acumulado del 42%. SOPORTE: Circular de Invitación Comité CIGD y Acta del Comité CIGD No 1 del 30 de enero de 2025.
R 22	Posibilidad de afectación disciplinarias, administrativas, económica debido al incumplimiento en la realización y publicación del Programa de Transparencia y Ética Pública para la vigencia.	El profesional apoyo de la Oficina de Planeación encargado en la construcción del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) a través de mesas de trabajo asesora anualmente a los líderes de procesos en la construcción del PTEP y sus respectivos componentes, realizando consolidación con el objetivo de realizar el Documento PTEP. Entregable: Control de Asistencia de reuniones de asesoría en la construcción del PTEP y Programa de Transparencia y Ética Pública	Se evidencia lista de asistencia del 21/11/2024 en el cual el apoyo de la oficina de planeación se reúne con el apoyo de la subgerencia administrativa con el fin de implementar actividades para dar cumplimiento al subsistema de administración del riesgo SARLAFT. De igual manera se evidencia lista de asistencia del 16/12/2024 en el cual el apoyo de la oficina de planeación se reúne con líderes y apoyos de los diferentes procesos con el fin de construir el Plan de Acción del Programa de Transparencia y ética pública para la vigencia 2025.
		El jefe de la oficina de planeación sustenta el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) ante el comité de Riesgos para su aprobación y realiza publicación en la página web cumpliendo con las fechas establecidas por la norma vigente. Entregable: Acta de aprobación por Comité de Riesgos y publicación en la página Web.	Se evidencia acta de Comité de Gestión Integral del riesgo celebrado el 6/03/2025 en el cual se presentó el programa de Transparencia y Ética pública junto con su plan de acción para la vigencia 2025. En cumplimiento de la normatividad vigente, se evidencia publicación del plan de acción del Programa de Transparencia ética pública de la vigencia 2025 el 31/01/2025, mientras que el documento del Programa de Transparencia y Ética Pública fue publicado el 14/03/2025.
		El profesional de apoyo de planeación realiza monitoreo de forma cuatrimestral a través de mesas de trabajo con registro del monitoreo utilizando herramienta de Excel matriz de monitoreo.	Este control se implementará durante el segundo trimestre de 2025, según certificación expedida por el profesional de Planeación.

R 23	Posibilidad de Afectación Administrativa, económica por demoras en los tiempos de estructuración por ausencia de documentación técnica de la institución para la estructuración de proyectos, causando retrasos en la presentación del proyecto.	<p>El profesional de proyectos junto con la jefe de planeación realizará mesa de trabajo para establecer la documentación que se requiere para la formulación del proyecto, se evidenciará mediante acta de reunión cada vez que surja un proyecto.</p> <p>La jefe de planeación solicitara al profesional de proyectos la entrega de copia del radicado ante la entidad competente y los documentos de cada proyecto, evidenciando que el proyecto cumplió con los requisitos para su viabilizarían cada vez que surja un proyecto.</p> <p>Entregable: copia del radicado a la entidad competente y los documentos de cada proyecto.</p>	<p>Se evidencia acta de reunión del 03/02/2025 en la cual se realizó mesa de trabajo entre la jefe la oficina de planeación y el equipo de proyectos en la cual se estableció la documentación requerida para la formulación del proyecto denominado "ELABORACION ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA EL MEJORAMIENTO Y ADECUACIONES LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA RED DE CENTROS DE SALUD Y UNIDADES HOSPITALARIAS DE ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA".</p> <p>Se evidencia copia del radicado del proyecto "ELABORACION ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA EL MEJORAMIENTO Y ADECUACIONES LOCATIVAS DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA RED DE CENTROS DE SALUD Y UNIDADES HOSPITALARIAS DE ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA" ante la secretaria de Planificación Municipal de Bucaramanga el 26/02/2025. Se evidencia igualmente copia del proyecto completo.</p>
R 24	Posibilidad de afectación administrativa en el cumplimiento del plan de desarrollo por no realización de los boletines informativos.	<p>El profesional de comunicaciones recopilará información de interés o información relevante por medio de acompañamiento de actividades, o solicitud de información con los líderes de procesos, aplicando listado de temas según actividades solicitadas en el mes con el objetivo de generar un boletín mensual.</p> <p>Entregable: Listado de temas</p> <p>El equipo de comunicaciones genera el boletín y este es presentado al profesional de comunicaciones para su aprobación, una vez aprobado el boletín será enviado por correo electrónico para su respectiva publicación en la página web institucional.</p> <p>Entregable: Correo de aprobación del boletín.</p>	<p>Se evidencia listado de temas de actividades desarrolladas durante el mes de marzo de 2025, en el cual se compilan los temas relevantes que sirven de insumo para la estructuración del boletín mensual.</p> <p>Recomendación de control interno: Se recomienda que el listado de información de interés se relacione en un formato institucional y se firme por quien lo elaboró.</p> <p>Se evidencia acta de reunión del 31 de marzo de 2025, en la cual se presenta para su revisión y aprobación el boletín informativo correspondiente al mes de marzo de 2025. Se destaca que para el boletín del mes de marzo se determina como evento principal el congreso de Salud de la ESE ISABU. El boletín fue publicado en la página web institucional.</p>
R 25	Posibilidad de afectación de imagen y administrativo por incumplimiento al plan de desarrollo institucional por falta de ejecución de las metas de cada proyecto del plan de desarrollo por no realización de monitoreo y deficiencia de la gestión por parte de los líderes de procesos responsables de las metas.	El profesional de apoyo de la oficina asesora de planeación realizará seguimiento trimestral al Plan Operativo Anual en cumplimiento a las actividades programadas y establecidas, las cuales quedará registrado en el Excel de seguimiento al Plan Operativo Anual.	Se evidencia seguimiento al Plan Acción del Plan de Desarrollo correspondiente a la vigencia 2024, teniendo en cuenta que el POA para la vigencia 2025 se aprobó en el mes de diciembre de 2024 y su seguimiento se encuentra en desarrollo.

		<p>El jefe de la oficina asesora de planeación presentará el seguimiento del Plan Operativo Anual de forma trimestral a través del comité CIGD para la toma de decisiones frente a las actividades no alcanzadas que afectan el cumplimiento de metas, dejando registro en las actas del comité del CIGD.</p>	<p>En reunión de CIGD celebrada el 30/01/2025 se presentó el seguimiento y cierre del plan de acción POA vigencia 2024 y en la cual se concluyó que: "El plan de desarrollo Institucional 2024-2027 "CON SALUD SEGURA, BUCARAMANA AVANZA" fue aprobado mediante Acuerdo N°012 de 27 de diciembre de 2024. El segundo semestre de 2024 se proyectó del Plan de Desarrollo la ejecución de los objetivos estratégicos, 14 programas, 40 proyectos con sus 40 metas, en el POA para la ejecución de las 40 metas se desarrollaron 85 actividades. El POA correspondiente al II semestre de 2024 se evidencia un resultado de cumplimiento del 100% de las metas planteadas en el plan de acción".</p>
R 26	<p>Posibilidad de afectación administrativa, disciplinaria y fiscal por incumplimiento a la implementación de las políticas institucionales adoptadas por la entidad por falta de conocimiento normativo, capacitación y herramientas de seguimiento por parte de los líderes de procesos.</p>	<p>El profesional de apoyo de la oficina de planeación realiza seguimiento a las políticas institucionales utilizando herramienta matriz de seguimiento con periodicidad trimestral.</p> <p>La jefe de planeación analiza los resultados con corte trimestral obtenidos de la matriz de seguimiento, identificando las desviaciones, implementado estrategias correctivas, asignación de responsables y plazos para corregir incumplimientos detectados.</p>	<p>Esta actividad se encuentra en ejecución por parte de la oficina de Planeación Institucional y los resultados del seguimiento se presentarán en el segundo trimestre de la vigencia 2025,</p>

PLANEACIÓN INSTITUCIONAL - REPUTACIONAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R REPUTACIONAL 77	<p>Posibilidad de afectación reputacional por desconocimiento de las directrices respecto al proceso de comunicaciones, por falta de adherencia de los líderes y del comunicador al manual de comunicaciones.</p>	<p>El profesional de comunicaciones realizará inducción y reinducción en las directrices del Manual de comunicaciones de manera semestral. Entregable: INFORME DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN</p>	<p>Se evidencia cronograma de socialización del Manual de Identidad ISABU Marca Salud, en el cual se relaciona la revisión y actualización de los documentos que componen el manual y la Inducción y reinducción de estos al grupo de trabajo de comunicaciones. Esta actividad iniciará en el mes de mayo de 2025 y culminará en diciembre de 2025.</p>
R REPUTACIONAL 78	<p>Posibilidad de afectación reputacional por errores en los productos informativos y publicaciones, por falta de control y revisión de los contenidos o productos realizados por el comunicador social.</p>	<p>El profesional de comunicaciones revisará las solicitudes diarias de realización de contenidos enviados por los líderes al correo de comunicaciones, las cuales serán socializadas con el equipo de comunicaciones con el objetivo de desarrollar los contenidos solicitados siguiendo los lineamientos del manual de comunicaciones, dando respuesta oportuna mediante correo electrónico según necesidad y prioridad. Lo anterior se soportará mediante un informe, el cual recopila de manera trimestral la atención y desarrollo de las solicitudes realizadas a comunicaciones. Entregable: informe trimestral que contenga un análisis del contenido solicitado y desarrollado.</p>	<p>Se evidencia informe de gestión correspondiente al mes de marzo de 2025 en el cual se realiza el análisis de los contenidos solicitados al área de comunicaciones. En el mes de marzo se recibieron 11 solicitudes de elaboración de información y fueron resueltas dentro de los términos.</p>

Recomendación de la oficina de control interno: Producto del seguimiento y evaluación de los controles la oficina de control interno recomienda respecto al riesgo 24 control No. 1 que el listado de información de interés se relacione en un formato institucional y se firme por quien lo elaboró, ya que los entregables presentados no disponen de un formato institucional ni vienen firmados por la persona responsable de ejecutar el control.

2. RIESGOS GESTIÓN DE CALIDAD

Este proceso tiene priorizado ocho (08) riesgos.


Riesgos Operacionales: Riesgos 27,28,29,30,31,32,33 y 34

2.1 EVALUCIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE CALIDAD			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 27	Posibilidad de daño y muerte del paciente, afectación económica, reputacional, sanción penal, por eventos adversos durante la prestación del servicio, por falta de adherencia al programa de seguridad del paciente y los paquetes instruccionales aplicables a la institución.	El profesional de seguridad del paciente e infecciones realizará auditoria a través de rondas de seguridad del paciente aplicando lista de chequeo, de acuerdo a cronograma establecido para la vigencia 2025 en los servicios priorizados con el fin de identificar acciones inseguras, las acciones inseguras identificadas se notificarán al líder del proceso, directora técnica y subgerencia científica vía correo electrónico.	Se evidencia cronograma de rondas de seguridad del paciente e infecciones correspondientes al primer trimestre de 2025. En cumplimiento del cronograma se realizó rondas de seguridad del paciente e infecciones en el mes de enero en Urgencias del HLN, en febrero en el HLN en hospitalización y sala de partos, en la UIMIST en consulta externa, urgencias, sala de partos y hospitalización.
		PRODUCTO ENTREGABLE: Informe de los resultados de la aplicación de las diferentes listas de chequeos La líder de seguridad del paciente e infecciones realizará seguimiento a los eventos adversos presentados y a las acciones de mejora establecidas para disminuir el riesgo de ocurrencias de los mismos, a través del comité integrador de seguridad del paciente de manera trimestral y el comité de prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS y de optimización del uso de antimicrobianos-RAM-PROA de manera mensual. Entregable: Actas de Comité Integrador y Actas de comité de prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS y de optimización del uso de antimicrobianos-RAM-PROA	En el mes de marzo, se realizó rondas en el HLN en farmacia, urgencias y cirugía. De las rondas se expide informe correspondiente identificando el cumplimiento de la normatividad vigente. Se evidencia acta del Comité Integrador de seguridad del paciente, reactivo vigilancia, farmacovigilancia y tecnovigilancia correspondiente al IV trimestre de 2024. En lo correspondiente al primer trimestre de 2025 se realizará en el mes de abril de 2025. Se evidencia dos actas del comité de infecciones correspondiente a los meses de diciembre de 2024 y enero de 2025 y febrero de 2025. En estas actas se socializa los resultados de indicadores, eventos adversos y los hallazgos de las rondas realizadas a seguridad del paciente e infecciones, así como los casos especiales de eventos adversos con el fin de tomar decisiones y correctivos frente a cada caso, garantizando con ello la mejora continua del programa.
R 28	Posibilidad de afectación administrativa, económica y reputacional, por incumplimiento en la meta de ejecución del PAMEC de acuerdo a la resolución 408 del 2018 por falta de compromiso de los líderes al desarrollo del plan de mejora PAMEC para la vigencia y no seguimiento por parte de la oficina de calidad	El profesional de calidad encargado de la implementación del Pamec realizará de manera trimestral seguimiento al cumplimiento del plan de acción PAMEC con los líderes responsables de cada estándar, esto se realizará a través de la matriz de seguimiento. Entregable: ACTA DE SEGUIMIENTO MATRIZ DE SEGUIMIENTO	Se evidencia certificación de la profesional de calidad en la cual manifiesta que para el primer trimestre no se han realizado seguimientos al cumplimiento del plan de acción PAMEC toda vez que el plan se aprobó en 30 de marzo de 2025. Los seguimientos se tienen programados según cronograma establecido a partir del mes de mayo de 2025.

		<p>El profesional de calidad encargado de la implementación del Pamec realizará de manera semestral presentación de los avances del Pamec en la reunión del equipo transversal de mejora continua, donde la gerencia tomará medidas correctivas en el caso que se encuentren acciones atrasadas</p> <p>Entregable: Acta de reunión</p>	<p>Esta actividad tiene para cumplimiento hasta el mes de junio de 2025.</p>
R 29	<p>Posibilidad de Pérdida de imagen, económica, fiscal y penal, pérdida de contratos por parte de las eps, sanciones administrativas debido a el incumplimiento en los estándares de habilitación de acuerdo a la 3100 del 2019, por falta de autoevaluación y retroalimentación de los hallazgos encontrados por parte de la oficina de calidad.</p>	<p>EL profesional asignado a habilitación realizará autoevaluación anual junto con el líder del proceso a los servicios priorizados, a través de aplicación de lista de chequeo y se generará un informe con los hallazgos encontrados el cual será socializado por medio de correo con el líder del proceso y la subgerencia científica.</p> <p>Entregable: Informe con los hallazgos encontrados</p> <p>Pantallazo de correo de socialización de informe de hallazgos</p>	<p>Se evidencia cronograma de autoevaluación programada para la vigencia 2025 correspondiente al primer trimestre de 2025, en el cual se desarrollaron ocho (8) visitas a centros de salud Colorados, Café Madrid, Villa Rosa, Kennedy, IPC, San Rafael, regaderos y Gaitán, cumpliendo con lo programado. De las visitas de autoevaluación se generó informe de los hallazgos evidenciados los cuales se socializaron vía correo electrónico a líderes de proceso y subgerencia científica: Se evidencia: cronograma de autoevaluaciones, informes de hallazgos y correos electrónicos de envío y socialización de estos.</p>
		<p>El profesional de habilitación realizará seguimiento trimestral, a través de matriz de seguimiento a planes de mejoramiento institucional a las oportunidades de mejora derivadas de los hallazgos por incumplimiento de habilitación derivadas de las visitas realizadas por el ente territorial y de las autoevaluaciones realizadas a los servicios, el incumplimiento al plan de mejora será notificado a la subgerencia científica, administrativa y gerencia a través de correo electrónico</p> <p>Entregable: Matriz de seguimiento trimestral</p>	<p>Se evidencia informe de seguimiento de planes de mejoramiento de gestión de sistema único de habilitación correspondiente al primer trimestre de 2025 en el cual se realiza seguimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento arrojados de las auditorías por parte de la secretaria de Salud departamental. Del seguimiento se concluyó que en el primer trimestre se da un cumplimiento del 64% de las acciones planteadas, se evidencian acciones atrasadas relacionadas a adecuaciones de infraestructura en los centros de salud.</p>
R 30	<p>Posibilidad de afectación disciplinaria, administrativa, fiscal, por inadecuada segregación de residuos sólidos y líquidos por falta de adherencia del personal del ISABU y Convenios al Plan de gestión integral de residuos sólidos generados en la atención en salud y otras actividades</p>	<p>La Ingeniera ambiental realiza inducción, y reinducción en adecuada segregación de residuos a convenios y personal de la institución de manera semestral, a través de reuniones.</p> <p>Entregable: informe de inducción y reinducción</p>	<p>Se evidencia informe de inducciones realizadas durante el primer trimestre de 2025 en el cual se concluye que se logró capacitar un total de 2354 colaboradores y personal de docencia asistencial así: Personal de docencia asistencial 2270 estudiantes de los diferentes programas como medicina, auxiliar de enfermería y enfermería entre otros en temas como correcta segregación de residuos, nuevo código de colores, estrategias ambientales, con el objetivo de que una vez ingresen a realizar sus prácticas tenga el conocimiento necesario para realizar una correcta segregación de residuos. Personal de la institución: se logró llegar a 84 colaboradores de la institución, así como personal de servicios tercerizados como aseo y vigilancia, a través de capacitación donde se pudo abordar temas como segregación de residuos, estrategias ambientales entre otros.</p>
		<p>La ingeniera ambiental realiza auditorías aplicada lista de chequeo, de acuerdo a cronograma establecido a la adherencia al Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades PGIRASA</p> <p>Entregable: informe de auditoría</p>	<p>Se evidencia cronograma de auditorías en correcta segregación de residuos y ejecución del PGIRASA en el cual se aplica la lista de chequeo en cada uno de los centros de salud programados: Colorados, Café Madrid, Kennedy, Villa Rosa, San Rafael y Gaitán. De esto se genera un informe de auditorías donde se informa los resultados de cada una de las visitas. Se evidencia igualmente listas de chequeo en Excel en el cual se relaciona el porcentaje de cumplimiento obtenido en cada una de las visitas.</p>

R 31	Posibilidad de afectación administrativa, disciplinaria y económica por incumplimiento de los estándares de habilitación en los servicios que requieran novedad de apertura ante el REPS por desconocimiento de la normatividad vigente, de los líderes y equipo directivo, falta de articulación en los procesos y ausencia de orden jerárquico	El profesional de habilitación emitirá circular a los líderes de proceso actuales y cuando haya cambio de líderes, anualmente, recordando el paso a paso para realizar novedad de apertura de un servicio ante la oficina de calidad, evidenciado mediante circular enviada por correo electrónico. Entregable: Circular de novedad	Se evidencia circular de 11 de marzo de 2025 bajo el radicado 835 en el cual se envía a todos los líderes el procedimiento de solicitud de novedades de habilitación a tener en cuenta para la vigencia 2025. Se evidencia toma de captura del envío de vía correo electrónico del procedimiento de solicitudes de novedades de habilitación a todos los líderes.
		El profesional de habilitación verificará el cumplimiento de los criterios de habilitación cada vez que el líder solicite apertura de un servicio, aplicando lista de chequeo y entregará al líder un informe del resultado de la aplicación de la lista de chequeo informando si el servicio es apto para aperturar o se debe realizar ajustes de acuerdo a estándares de habilitación, esto se realizará vía correo electrónico Entregable: Informe	Se evidencia correo de 25 de marzo de 2025 en el cual el subgerente científico solicita apertura de servicios de terapia ocupacional y psicología para el centro de salud la Libertad. Se evidencia informe de autoevaluación del servicio a aperturar atendiendo la solicitud anterior. Del informe se generó la necesidad de plan de mejoramiento con el fin de subsanar las debilidades identificadas con el fin de proceder a la apertura del servicio ante la secretaria de Salud departamental. Se evidencia igualmente la captura de pantalla en la cual se da a conocer el resultado de la autoevaluación.
R 32	Posibilidad de afectación económica, reputacional, por incumplimiento del plan de mejoramiento derivado de las auditorías externas de EPS y entes de control, por falta de seguimiento por parte de la oficina de calidad	La profesional de habilitación encargada de la atención de las auditorías externas realizará apoyo a través de reuniones con los líderes en el diligenciamiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa realizada y enviará de manera oportuna a la EPS o ente de control cada vez que se genere plan de mejoramiento y en el tiempo establecido de acuerdo a requerimiento de la EPS. Entregable: Plan de mejoramiento elaborado Pantallazo de correo de envío de plan de mejora a la eps o ente de control	Para el primer trimestre no se generaron planes de mejoramiento, sin embargo, se evidencia el formato de plan de mejoramiento institucional actualizado a 18/03/2025 versión 3. Se evidencia captura de pantalla de la socialización del formato de plan de mejoramiento institucional enviado a líderes asistenciales y administrativos. Se evidencia certificación de la profesional de habilitación en la cual se manifiesta que para el primer trimestre de 2025 no se generaron planes de mejoramiento.
		La profesional de habilitación encargada de la atención de las auditorías externas realizará seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejoramiento derivado de la auditoría externa realizada a través de matriz de seguimiento de planes de mejoramiento institucional. Si se evidencia en el seguimiento acciones atrasadas, se notificará a la dirección técnica y la subgerencia correspondiente. Entregable: Matriz de seguimiento plan de mejoramiento auditoría externa	Se evidencia informe de seguimiento de planes de mejoramiento de auditorías externas de vigencias anteriores, en los cuales la profesional de habilitación relaciona el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los planes concluyendo que estos se encuentran en 98% de cumplimiento a mes de marzo de 2025. Se evidencia acciones atrasadas en el plan de mejoramiento de laboratorio de la auditoría realizada por la secretaria de Salud Municipal. Se evidencian capturas de pantalla del seguimiento realizado a laboratorio de la ESE ISABU.
R 33	Posibilidad de afectación reputacional, económica, administrativa, por sanción del ente de control, eps, por incumplimiento en el reporte y/o cargue extemporáneo de los indicadores de calidad a los entes de control y EPS	El técnico de indicadores el 1 día calendario de cada mes, envía correo recordatorio a los líderes responsables de suministrar los datos, solicitando la entrega oportuna de la información para la consolidación, cargue y envío de los indicadores de la Resolución 1552 de manera mensual. Evidencia: Certificaciones del cargue de informes de la Resolución 1552 a las EPS Coosalud, Nueva EPS y Sanitas.	Se evidencia toma de captura de pantalla en la cual se certifica el cargue oportuno de la resolución 1552 a las EPS Coosalud, Nueva EPS y Sanitas.
		El técnico de indicadores realiza cargue trimestral de los indicadores 2193 y 256 Evidencia: Certificación de validación de la Resolución 0256 en la plataforma de PISIS y Decreto 2193 a través de plataforma SIHO.	Esta actividad se ejecuta hasta el 31 de abril de 2025, por lo tanto será objeto de verificación en los trimestres posteriores.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 11-36
			REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

R 34	Posibilidad de afectación administrativa por uso de formatos y/o documentos desactualizados por falta de adherencia del personal a la pirámide documental institucional generando errores en decisiones, confusión, incumplimiento de normas	El Profesional de procesos de calidad realiza auditoria trimestral aplicando lista de chequeo al cumplimiento de la pirámide documental por parte de los líderes de los procesos Entregable: INFORME DE AUDITORIA	Se evidencia cronograma de capacitaciones de uso de documentos institucionales, el cual inicia en el mes de marzo a abril. Las auditorias por medio de las cuales se va a verificar el uso correcto de la documentación de la ESE ISABU inician en el mes de mayo a junio, fechas que pueden ser modificadas según necesidad. Se evidencia el formato correspondiente a lista chequeo para aplicar en las auditorias de uso correcto de los documentos, el cual se aplicará según cronograma previamente establecido.
------	--	--	---

3. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIOS

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.
Riesgos Operacionales: Riesgos 35

3.1 EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 35	Afectación reputacional, económica por inoportunidad en la atención en la consulta especializada por incumplimiento a la agenda o cambios sin previo aviso del personal médico especializado a la consulta programada.	La jefe de consulta externa especializada entrega la agenda de especialistas disponibles en formato Excel a la coordinadora del call center para que habiliten las agendas de cada especialista de forma mensual. Entregable: Excel agenda de especialistas disponibles	Se evidencia archivo en Excel denominado "Horarios especialistas" en el cual se puede evidenciar el listado de especialistas, los horarios de atención durante las semanas y las horas correspondientes al primer trimestre de 2025. Esto le permite a la jefe de consulta externa manejar los horarios y las disponibilidades de cada médico para la programación de citas. Teniendo en cuenta lo anterior el control se ejecuta satisfactoriamente.
		Las jefes de consulta externa especializada realizan seguimiento mensual a la oportunidad de la consulta especializada a través del Excel exportado del software panacea y tomar medidas correctivas, se presentará resultados de la oportunidad a la directora de las unidades hospitalarias mediante correo electrónico con periodicidad trimestral Entregable: Informe de resultado y envío de informe por correo electrónico a la directora de unidades hospitalarias	Se evidencia archivo en PDF denominado "Informe riesgo operacional # 35" correspondiente al primer trimestre de 2025 en el cual la jefe de consulta externa de las unidades hospitalarias que durante el primer trimestre de la vigencia que como resultado del seguimiento de la oportunidad de las citas especializadas de cirugía general se promedia a 5 días en 3.9 días, teniéndose en cuenta que el personal contratado son 5 profesionales de los cuales 2 son de convenio docente asistencial. En cuanto a pediatría la oportunidad de las citas especializadas de pediatría se promedia la oportunidad a 4.79 días, medicina interna se promedia en 8.25 días, obstetricia la oportunidad es de 3.95 días y ginecología se encuentra en 4.33 días. Concluye el informe que se analizará en conjunto con la DIRECCION DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS, la posibilidad de contratación de profesionales de MEDICINA INTERNA Y PEDIATRIA para cumplir con la norma y oportunidad garantizando la atención de la demanda, y así mismo continuar en seguimiento para mejorar en términos generales la oportunidad de agendamiento.

4. RIESGOS GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Este proceso tiene priorizado dos (02) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 36 y 37

4.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN TALENTO HUMANO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 36	Posibilidad de pérdida de imagen, económica, sanción disciplinaria y reputacional por sanciones de entes de control y reclamación de los involucrados debido a el incumplimiento de los estándares mínimos de SGSST	El profesional de SST diseñará y ejecutará un Plan de trabajo de acuerdo a cronograma establecido, que permita dar cumplimiento a la implementación del SG-SST, enmarcado dentro de la normatividad legal vigente (Resolución 0312 de 2019).	Se evidencia cronograma del Plan de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo vigencia 2025, en el cual se compilan las actividades a realizar de acuerdo con lo establecido al Decreto 1072-2015 y Resolución 0312 de 2019. En cumplimiento del plan de acción se presenta en la plataforma del Ministerio de Trabajo los estándares mínimos correspondientes a la vigencia 2024, de acuerdo con la resolución 009 de 2025, verificándose un cumplimiento de 88.50%.
		El profesional SST realizará la medición de los indicadores trimestralmente del SG-SST que permita verificar la gestión del plan de trabajo del SG-SST.	Se evidencia informe de cumplimiento de plan de trabajo del área de seguridad y salud en el trabajo correspondiente al I trimestre de 2025 en el cual se plasma que de las 66 actividades programadas se ejecutaron un total de 60 actividades con un cumplimiento del 90,91% siendo la meta 85%. Las actividades no ejecutadas se reprogramaron para el segundo trimestre de 2025. En cumplimiento del plan de acción se evidencia matriz de seguimiento del plan de trabajo anual correspondiente al primer trimestre de 2025, del cual se obtuvo la calificación de 90.91% según el análisis de cumplimiento de las actividades programadas frente a las ejecutadas.
R 37	Afectación Económica y Reputacional por rotación del personal de planta (carrera administrativa y provisional) Debido a la falta de lineamientos y herramientas institucionalizados para una adecuada transferencia de conocimiento.	El área de talento humano verifica el formato de entrega del cargo (código GTH-F-003) remitida por el funcionario al momento de una desvinculación.	Por medio de certificación del 02 de abril de 2025 la profesional universitario de Talento Humano manifiesta que revisados los archivos institucionales se evidencia que, en el primer trimestre de 2025, la institución ha tramitado una desvinculación, la cual presentó documento GTH-F-003 de entrega del cargo de manera satisfactoria.

5. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 40

5.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 38	Posibilidad de afectación económica, disciplinaria, legal, de imagen, por sanción del ente regulador y/o de control, demandas debido a no dar respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos en los términos de ley en la ESE ISABU	El Profesional de atención al usuario registra diariamente las pqr presentadas por los diferentes medios: buzones, redes sociales, página web en el módulo de panacea de pqr con el fin que los responsables de la queja realicen el respectivo análisis y le den respuesta de fondo en el tiempo estipulado por la norma. SOPORTE: MATRIZ DE EXCEL MODULO PANACEA	Se evidencia matriz de Excel correspondiente al trimestre evaluado en el cual se relaciona las PQRS y su respectiva trazabilidad para su respuesta oportuna. Esta información se recopila según los reportes de PANACEA.
		El profesional de atención al usuario realiza seguimiento al cumplimiento de la respuesta en el tiempo estipulado por la norma a través del módulo de pqr y generando el cierre efectivo de la pqr, de este seguimiento se genera un informe trimestral de pqr. SOPORTE: MATRIZ DE EXCEL CON CIERRE DE LAS PQRS INFORME DE PQRS TRIMESTRAL	Se evidencia informe trimestral consolidado de las PQRS en el cual identifican los tipos, los tiempos de respuesta y las principales causas de las PQRS. Se realiza de igual manera un comparativo con el periodo inmediatamente anterior el cual sirve de instrumento para la toma de decisiones frente a las desviaciones encontradas en el análisis de las PQRS.

6. RIESGOS GESTIÓN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 39

6.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 39	Posibilidad de afectación de imagen reputacional, incumplimiento normativo y/o sanciones y pérdida económica por incumplimiento del PROCEDIMIENTO DE CADENA DE CUSTODIA LEGAL CÓDIGO: Urg-p-003 por falta de adherencia del personal al procedimiento de cadena de custodia produciendo afectación en el debido proceso judicial del usuario.	El líder de enfermería de urgencias verificara aplicando lista de chequeo cada vez que se presente un usuario que requiera cadena de custodia, la correcta aplicación del procedimiento cadena de custodia legal, por parte del jefe enfermero y tomara acciones permanentes frente a las desviaciones encontrados en el procedimiento cadena de custodia, enviando notificación mediante correo electrónico al responsable (jefe enfermero profesional) solicitando corrección de los datos del o el paciente.	La líder de enfermería de urgencias en informe correspondiente al primer trimestre de 2025 relaciona que el procedimiento de cadena de custodia se tuvo que aplicar en dos meses, en enero y febrero de 2025, se evidencia un cumplimiento del paso a paso del procedimiento encontrándose a satisfacción el proceso de cadena de custodia código lila ya que se realizó una correcta muestra, embalaje y preservación de las muestras. Se evidencia un correcto diligenciamiento de la cadena de custodia. Manifiesta la jefe líder de urgencias que debido al ingreso de personal asistencial nuevo es necesario realizar capacitación y medición de adherencia al procedimiento de cadena de custodia.

7. RIESGOS GESTIÓN DE INTERNACIÓN

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 40

7.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE INTERNACIÓN			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 40	Posibilidad de afectación por pérdida económica y administrativa por omisión de los auxiliares de enfermería al no realizar suministro de medicamentos ordenados por el medico en el sistema panacea, generando demora en la salida de los pacientes.	El líder de enfermería de internación realizara dos auditorias en el mes al suministro de medicamentos realizada por los auxiliares de enfermería en el sistema panacea, con el objetivo de identificar la omisión causada por estos, evidenciado mediante informe.	Se evidencia informe de riesgo operacional correspondiente al mes de marzo de 2025 en el cual se concluye que de la muestra de 30 de pacientes con medicamentos pendientes se auditaron 4 de ellos identificándose que los mismos tenían medicamentos suministrados completos según lo reportado en PANACEA. El control está correctamente ejecutado y es efectivo en el primer mes medido (marzo).


8. RIESGOS GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS

Este proceso tiene priorizado un (01) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 41

8.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN A PARTOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 41	Pérdida económica por falta de captación y seguimiento al usuario con orden de procedimiento quirúrgico ocasionando disminución de la productividad en el servicio de cirugía	La jefe líder del proceso cirugía realiza seguimiento semanal telefónico mediante el diligenciamiento del drive de paciente con orden de procedimiento quirúrgico con la finalidad de captar los pacientes con orden y /o pendiente valoración de anestesia para la agilización en el proceso de programación quirúrgica.	Se evidencia Excel en el cual se realiza el contacto telefónico con los pacientes que tienen asignación de fecha de procedimiento posterior a la valoración anestésica y esto dependiendo de la disponibilidad de agenda médica y quirófanos. Los resultados de ese contacto telefónico se dejan consignados en el Excel lo cual sirve de insumo para la programación quirúrgica.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 15-36
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

		<p>la jefe líder del proceso de cirugía realiza revisión mensual al archivo Excel del Drive de los pacientes que no asistieron por causas no atribuibles a la institución y realiza reprogramación para la siguiente semana. Entregable: Excel</p>	<p>Se evidencia informe correspondiente al primer trimestre de 2025 en el cual se concluye que se encuentran un total de pacientes con orden de procedimiento quirúrgico de 505 usuarios de los cuales se realiza captación telefónica para ofertamiento de agenda quirúrgica a lo cual paciente desiste por diversas cáusale (disponibilidad de tiempo entre otros) para un total de 184 pacientes que desisten, por lo cual se realizan el análisis frente al cumplimiento de indicador; se denota un 36.4% de pacientes que desisten de procedimiento quirúrgico. Este control ha permitido evidenciar: La inasistencia de los usuarios debido al desistimiento del procedimiento quirúrgico está afectando negativamente los indicadores relacionados con el total de pacientes con orden de procedimiento. El hecho de que los pacientes no asistan a sus citas por haber desistido de la cirugía impacta los indicadores que comparan la asistencia con el número total de órdenes de procedimiento. El desistimiento de los pacientes de sus cirugías conlleva inasistencia, lo que perjudica los indicadores que consideran el total de órdenes de procedimiento</p>
--	--	--	--

9. RIESGOS GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO

Este proceso tiene priorizados un (01) riesgo.
Riesgos Operacionales: Riesgo 43

9.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO TERAPEUTICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 43	<p>Posibilidad de pérdidas económicas por falta de registro en el sistema de información (panacea) de las actividades realizadas a los pacientes por parte del profesional de terapias en los diferentes servicios afectando la calidad del dato para los indicadores de producción y el cobro a las EAPB.</p>	<p>La líder de terapias realizará inducción a los profesionales nuevos de terapia (física, respiratoria y fonoaudiología) enfatizando en el reporte en el Sistema de información PANACEA modulo Historias Clínica y registro de información del Decreto 2193 de 2004 en el Drive.</p> <p>Evidencia: Acta de Inducción</p>	<p>Se evidencia certificación de enero y marzo de 2025 en la cual la profesional universitaria de Fisioterapia manifiesta que para los meses de enero y marzo no se realizó la actividad de inducción ya que no hubo ingresos de personal nuevo al servicio. Para el mes de febrero, se presenta acta de reunión de 6/02/2025 en la cual la profesional de Fisioterapia de la ESE ISABU realiza la inducción a la docente de práctica de la Universidad Manuela Beltrán del programa de fisioterapia, de la forma de hacer el ingreso al Sistema de información PANACEA módulo Historias Clínica, registro correcto de las terapias realizadas en el sistema de información institucional, reporte de la información del decreto 2193 de 2004 y reporte en los Drive. Igualmente se explica cómo crear la agenda del servicio para terapias en consulta externa. Con esto se entiende cumplido el control.</p>

		<p>El líder del proceso de apoyo terapéutico identifica las brechas existentes de lo reportado por el profesional de terapias en el Drive (archivo Excel terapias) verificando información con el sistema de panacea mensualmente, si se identifican inconsistencias se le informa al profesional de terapias a través de correo electrónico para que realice los ajustes necesarios con el fin de garantizar la calidad del dato y facturación, Se evidenciara mediante informe trimestral.</p> <p>Entregable: Informe trimestral</p>	<p>Se evidencia informe del trimestre evaluado (enero, febrero y marzo de 2025) en el cual se reportan las diferencias identificadas en los meses respecto a las actividades reportadas en PANACEA vs DRIVE. El informe reporta que en el mes de enero la revisión realizada de los registros de información se evidencio 0 inconsistencias, en el mes de febrero hubo 3 inconsistencias, en el mes de marzo se identificaron 3 diferencias, se realizó la respectiva corrección de estas inconsistencias, enviando correo a los profesionales para informales y hacer el ajuste a los datos en el DRIVE.</p> <p>Se continúa haciendo retroalimentación en los grupos primarios con los profesionales de terapia y fonoaudiología donde se socializan los resultados de la revisión, se hace énfasis en la importancia de revisar y verificar los registros diariamente con el fin de garantizar que las actividades realizadas por cada profesional sean evidenciadas en el sistema y que los datos suministrados en los informes sean correctos.</p> <p>Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.</p>
--	--	--	--


10. RIESGOS GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA- ODONTOLOGÍA

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 44

10.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA - ODONTOLOGIA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 44	Posibilidad de afectación de imagen, reputacional y disciplinaria, penal, económica, Por no diligenciamiento del consentimiento informado de toma de rayos x periapicales, Por falta de adherencia al protocolo de toma de imágenes de rayos x odontológicas	Con el fin evidenciar la ejecución del control se observan formatos de registro de consentimiento, adjuntándose solo una muestra de los cuatro (4) centros de salud donde se presta el servicio, ellos son: centro de salud Café Madrid, centro de salud Girardot, centro de salud Mutis y centro de salud Rosario. Esta información se recopila en un informe trimestral en el cual se concluye que no se presentan desviación en el indicador, el número de consentimientos informados diligenciados los meses de enero, febrero y marzo coincide con el número de tomas realizadas y registradas en el formato de registro y estimación de dosis en los diferentes centros de salud donde se toman radiografías periapicales.	Con el fin evidenciar la ejecución del control se observan formatos de registro de consentimiento, adjuntándose solo una muestra de los cuatro (4) centros de salud donde se presta el servicio, ellos son: centro de salud Café Madrid, centro de salud Girardot, centro de salud Mutis y centro de salud Rosario. Esta información se recopila en un informe trimestral en el cual se concluye que no se presentan desviación en el indicador, el número de consentimientos informados diligenciados los meses de enero, febrero y marzo coincide con el número de tomas realizadas y registradas en el formato de registro y estimación de dosis en los diferentes centros de salud donde se toman radiografías periapicales.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 17-36
			REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

		<p>La Coordinación de odontología realizara control mensual del diligenciamiento de los consentimientos informados, mediante el formato de Control de Toma y Estimación de Dosis Pacientes Área de Odontología código Ray-f-017, que permite identificar el profesional que incumpla y levantar la acción de mejora personalizada. Entregable: formato de Control de Toma y Estimación de Dosis Pacientes Área de Odontología código Ray-f-017</p>	<p>Se evidencia archivo de Excel en el cual se relaciona la información del paciente, el número de radiografías que se toman, la estimación (técnica que se utiliza con el equipo) y el responsable de tomar la radiografía, con el fin de identificar la radiación que recibe el usuario y si se utiliza la técnica adecuada, además de servir de control para el conteo de las radiografías tomadas. Esta información se registra por centro salud y de manera mensual. Lo anterior evidencia una ejecución adecuada del control.</p>
--	--	--	---

11. RIESGOS GESTIÓN SALUD PÚBLICA

Este proceso tiene priorizados seis (6) riesgos.
Riesgos Operacionales: Riesgo 45,46,47,48,49 y 50

11.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

SALUD PÚBLICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 45	Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control acorde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	el auxiliar de enfermería del área de vigilancia verifica semanalmente y mensualmente los diagnósticos que generan los RIPS con lo reportado en el sistema de vigilancia epidemiológica, en caso de no hacer reporte por el médico responsable del reporte se notifica de manera inmediata se notifica a la jefe del centro de salud para realizar la respectiva notificación al sistema de vigilancia epidemiológica, de lo cual se entregara un informe de forme semanal y mensual.	<p>El auxiliar de enfermería del área de vigilancia - Salud Pública realiza las siguientes acciones para controlar y mitigar el riesgo relacionado: Identificación del caso: Un médico detecta un caso que cumple con los criterios para ser notificado. Se informa a la jefa del centro de salud. Asignación y contacto: La jefa del centro de salud se comunica con la auxiliar de enfermería asignada. Si el caso proviene de una unidad hospitalaria, se notifica a la auxiliar de enfermería referente. Medidas de control y análisis diario: Se realiza el seguimiento mediante el BAI (Búsqueda Activa Institucional) en el módulo de informes SIVIGILA del reportador de Panacea. Se analizan los diagnósticos y se verifican los criterios para la notificación. Solicitud de documentación: Si el caso cumple con los criterios, se solicita la ficha epidemiológica. La solicitud se realiza a través de la jefa del centro de salud o del coordinador de medicina. Notificación oficial: Se comunica oficialmente el evento de salud pública a la autoridad sanitaria correspondiente.</p> <p>Este procedimiento garantiza que los eventos de interés en salud pública sean reportados de manera adecuada y oportuna. La líder de salud pública manifiesta que para el mes de marzo no se ha podido realizar la BAI mensual que se entrega al agente territorial debido a que hay dificultad en la exportación de las actividades ejecutadas que no se evidencian al 100% en los registros.</p>

R 46	Posibilidad de afectación reputacional, administrativa y en salud del paciente, por falta de adherencia al protocolo de sífilis gestacional y congénita por parte del personal de salud y no adherencia al tratamiento por parte de la gestante, debido al no tamizaje con pruebas rápidas al ingreso del control prenatal por parte del personal de salud.	<p>La líder de la ruta materno perinatal realiza revisión a gestión de riesgos de ingresos diario a control prenatal con su respectiva tamización para sífilis con prueba rápida utilizando herramienta software Panacea (reporteador) con posterior envío mediante correo electrónico de las gestantes no tamizadas a directoras técnicas y jefes de centros de salud con el fin de tomar acciones inmediatas.</p> <p>Entregable: Correo electrónico a las directoras técnicas y jefes de centros de salud con el fin de realizar tamizaje a las gestantes que ingresan a control prenatal</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel denominado "sífilis gestacional 2025" en el cual se identifican de manera diaria Ingresos a control prenatal durante los meses de Enero – Febrero y Marzo 2025 con sus respectivas tamizaciones de SIFILIS con el objetivo de prevenir los eventos de Sífilis congénita e identificar los diagnóstico de sífilis gestacional con sus respectivo tratamiento y seguimiento serológico durante la gestación. No se genera para el trimestre evaluado COHORTE DE SEGUIMIENTO SIN LABORATORIOS TRAZADORES ya que el realizar la verificación diaria de gestantes sin tamización a garantizado que el total de la cohorte cuente con reporte de laboratorios. En el periodo evaluado se notifican 16 casos de Sífilis Gestacional en gestantes con aseguramiento y 4 casos para gestantes migrantes con tratamientos completos y en seguimiento correspondiente, NO SE CUENTA CON SIFILIS CONGENITAS en el Trimestre lo que representa adecuada gestión del riesgo en cuanto a lo trazado para la Ruta Materno perinatal. El comportamiento del trimestre evaluado el positivo y evidencia la correcta ejecución del control.</p> <p>Se evidencia capturas de pantalla de correos electrónicos en los cuales se notifica a cada red centro de salud en caso de no haber realizado las tamizaciones correspondientes a Sífilis para la toma inmediata de las mismas. En caso de contar con tamizaciones POSITIVAS que indican Sífilis Gestacional se notificación mediante correo electrónico a la red centro de salud donde se genera la atención para seguimiento y tratamiento oportuno del evento, se garantiza aplicación de tratamiento y seguimiento serológico durante la gestación, esta información se cohorte.</p> <p>Recomendación de control interno: En lo correspondiente al seguimiento del primer trimestre de 2025, la líder de la ruta materno perinatal no presentó con la debida oportunidad las evidencias solicitadas, presentándolas siete (7) días hábiles después de la fecha estipulada por esta oficina de control interno. Aunado a lo anterior tampoco se presentó en la fecha y hora programada para la evaluación de los controles. A pesar de no evidenciarse materialización del riesgo, la no presentación con oportunidad de las evidencias de la ejecución de controles podría afectar negativamente la gestión del riesgo, evitando que la entidad desarrolle adecuadamente el sistema general de riesgos. El llamado de atención es para la líder de la ruta materno perinatal, a que en los posteriores seguimientos el compromiso sea mayor y se cumpla con las directrices impartidas por esta oficina evitando además de lo ya mencionado, atrasos administrativos en el desarrollo de las actividades de la oficina de control interno.</p>
R 47	Posibilidad de afectación administrativa y en salud del paciente por el no cumplimiento del programa de Riesgo Cardiovascular, por falta de adherencia a los lineamientos establecidos en el programa de manejo de enfermedades cardiovasculares en base a la Guía de Práctica Clínica (GPC) de hipertensión arterial por parte del personal de salud.	<p>La líder de la ruta cardio metabólica genera una base de datos de gestión del riesgo descargada del sistema de Panacea, de manera trimestral, con el fin de hacer demanda inducida y garantizar la toma de los laboratorios ordenados.</p> <p>Entregable: Base de Gestión del Riesgo de la toma de los laboratorios con seguimiento trimestral.</p>	<p>Se evidencia cuadro en Excel correspondiente a las diferentes EPS y por centros de salud, en las cuales se relaciona los pacientes a los que se les realiza demanda inducida para la asistencia en la toma de laboratorios ya sean domiciliarios o en los centros de salud. Con el diligenciamiento de la base de datos de gestión del riesgo se ejecuta el control de manera satisfactoria.</p>

		La líder de la ruta cardio metabólica actualiza de forma mensual la base de datos cohorte alimentada desde las consultas y laboratorios que genera el reporteador PANACEA. Entregable: cohorte de la base de riesgos del programa de Riesgo Cardiovascular.	Se evidencia archivo en Excel en el cual se relaciona la cohorte del programa de riesgo cardio vascular, relacionándose fechas de ingreso, EPS, adherencia, control de pacientes, laboratorios, patologías, fechas de ultimas y próximas consultas y en general toda la información necesaria para el manejo de programa. Se descarga de manera mensual de PANACEA con el fin de generar la base de gestión de riesgos de usuario inasistentes y/o con laboratorios desactualizados. El control es efectivo ya que permite identificar diferentes factores que impidan el cumplimiento del programa.
R 48	Posibilidad de afectación reputacional y administrativas por Incumplimiento a la implementación de la política IAMII institucional debido a la desactualización y falta de adherencia por parte de los funcionarios de la E.S.E ISAB	La líder de salud infantil asesorará a los líderes encargados de cada centro de salud y unidades hospitalarias al debido diligenciamiento de manera semestral del formato de autoapreciación de la política IAMII. Entregable: Formato de autoapreciación	Se evidencia correo electrónico en el cual la líder de salud infantil solicita los soportes para la realización de la autoapreciación que se realizará en el segundo trimestre de 2025.
		La líder de salud infantil realizara seguimiento trimestral al plan de mejora derivado de la aplicación de la autoapreciación registrado en el formato de seguimiento, los avances se socializarán en el comité IAMII. Entregable: Matriz de seguimiento y acta de comité IAMII.	Una vez se realicen las auto apreciaciones según cronograma se formulará el plan de mejora y su posterior seguimiento. Se evidencia cronograma de autoapreciaciones que se cumplirán en el segundo trimestre de 2025 y el cronograma de los Comités IAMII donde se socializará el plan de mejora.
R 49	Posibilidad de pérdida económica, por multa o sanción por parte del ente de control, afectación reputacional por perdida del biológico, debido a falta de adherencia a los protocolos de manejo de la cadena de frío en la ESE ISABU	La auxiliar de apoyo de vacunación realiza entrega de los insumos PAI a los diferentes centros de salud utilizando el aplicativo pai web según necesidad, evidenciando cantidad y tipo de vacunas entregadas en los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias.	Con el fin de cumplir con la ejecución del control se evidencia documento denominado " entrega de insumos PAI a los diferentes centros de salud a través del aplicativo PAIWEB" correspondiente al trimestre evaluado en los cuales se evidencia una muestra de la entrega por mes que se realiza de los insumos de vacunación que incluyen biológicos, jeringas y papelería. Con el fin de cumplir el plan de acción, se evidencia cronograma de capacitaciones y visitas PAI en los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias. De igual manera la coordinadora del PAI, realiza la entrega de actas de socialización en los cuales se trató temas referentes a red de frío y plan de contingencia ante falla de fluido eléctrico entre otros. Se cumplió para el periodo evaluado con el 100% de los programado según cronograma adjunto. Con lo anterior se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
		La Coordinadora del PAI realiza auditoria a los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias según cronograma, verificando el control de la cadena de frío, dejando como evidencia un informe de análisis de los resultados y compromisos.	Se evidencia actas de visitas de auditorías realizadas por la coordinadora PAI, en los cuales se evalúan todos los módulos del PAI incluido red de frío. En el mes de enero se realizaron cuatro (4) visitas a los centros de salud Bucaramanga, La Libertad, Pablo VI y Toledo Plata, en febrero se realizaron cuatro visitas (4) a los centros de salud Girardot, Toledo Plata y en las unidades hospitalarias UIMIST y Central PAI, en marzo se realizaron cuatro (4) visitas en el centro de salud Café Madrid, Colorados, IPC y Villa Rosa, cumpliendo con lo programado en el cronograma de auditorías. Se adjunta para verificación cronograma de visitas. Con lo anterior se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.

R 50	Posibilidad de pérdidas económicas y sanciones, descuento a la capitación por parte de las EPS, por no ejecución de las actividades de acuerdo a las rutas por parte del personal de salud	La coordinadora de promoción y prevención realiza matriz de cumplimiento con las actividades de ruta de promoción y mantenimiento de salud a ejecutar en el año, con el fin de captar usuarios por curso de vida, socializando la matriz de cumplimiento de vida a las líderes de los centros de salud. Entregable: matriz de cumplimiento y socialización líderes de los centros de salud.	Se evidencia cronograma del plan de trabajo de la promoción y mantenimiento de la salud 2025 en el cual se relaciona actividades como: capacitación al personal de la salud, seguimiento de actividades programadas y ejecutadas por EPS y seguimiento de actividades programadas y ejecutadas por centro de salud. Se evidencia matriz de programación por EPS en la cual se encuentran todas las actividades programadas para la ESE ISABU y su respectivo seguimiento. En un documento anexo la coordinadora de promoción y prevención realiza un consolidado de resultados que, para el primer trimestre de 2025, en el cual se identificó: COOSALUD con un cumplimiento del trimestre de 81%, NUEVA EPS un cumplimiento de 57% y SANITAS un 75%. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria. En matriz seguimiento por centros de salud la coordinadora de promoción y prevención realiza seguimiento semanal de las actividades programadas y ejecutadas, siendo el resultado un cumplimiento positivo que coincide con lo reportado para las EPS. En cuanto al plan de acción se evidencia, igualmente se evidencia cronograma de matriz de cumplimiento con las actividades y su respectivo seguimiento.
		La coordinadora de promoción y prevención realizará seguimiento a las actividades realizadas mensualmente por RIPS y por EPS al cumplimiento de las actividades programadas en la matriz de cumplimiento. Entregable: Matriz de seguimiento	

Recomendación de control interno: En lo correspondiente al seguimiento del primer trimestre de 2025 del riesgo No. 46, la líder de la ruta materno perinatal no presentó con la debida oportunidad las evidencias solicitadas, presentándolas siete (7) días hábiles después de la fecha estipulada por esta oficina de control interno. Aunado a lo anterior tampoco se presentó en la fecha y hora programada para la evaluación de los controles.

A pesar de no evidenciarse materialización del riesgo, la no presentación con oportunidad de las evidencias de la ejecución de controles podría afectar negativamente la gestión del riesgo, evitando que la entidad desarrolle adecuadamente el sistema general de riesgos. El llamado de atención es para la líder de la ruta materno perinatal, a que en los posteriores seguimientos el compromiso sea mayor y se cumpla con las directrices impartidas por esta oficina evitando además de lo ya mencionado, atrasos administrativos en el desarrollo de las actividades de la oficina de control interno.

Es necesario precisar que la falta de evidencia o la falta de oportunidad en su entrega indica que los controles implementados para mitigar los riesgos identificados no se están ejecutando o están siendo ineficaces, situación en la cual se debería realizar un análisis exhaustivo desde el área, de tal manera que se asegure el correcto desarrollo del sistema general de riesgos, además de sumar un grado de dificultad en la medición de la efectividad de los controles para la mitigación del riesgo.

12. RIESGOS GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

Este proceso tiene priorizados cinco (5) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 42, 51,52,53 y 54

12.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 42	Posibilidad de afectación disciplinaria, reputacional y sanciones por parte de los entes de vigilancia y control por Incumplimiento en la oportunidad de entrega de medicamentos y dispositivos médicos a las farmacias de los centros de salud por fallas de los proveedores en tiempos de entrega, cantidades, agotados, desabastecidos y/o discontinuados	El apoyo profesional de almacén realiza control mensual de existencias de inventarios utilizando la plataforma tecnológica PANACEA y estos se registra en el formato seguimiento proyección de pedidos FAR-F-045 con el fin de reportar la necesidad de compra a los proveedores asignados y al almacenista general.	Se evidencia formato de seguimiento de inventario y proyección de pedido código FAR- F-045 en el cual se relaciona los medicamentos objeto de contrato, según variables aplicadas del formato se determina la necesidad o no de realizar el pedido según las existencias y los históricos del mes anterior. Con esto se entiende cumplido el control.
		El apoyo profesional de almacén verificara mensualmente a través de los formatos de solicitud de pedidos de medicamentos y dispositivos médicos por proveedor la disponibilidad o no de los insumos solicitados por la institución para la operatividad, informando el resultado a la supervisión del contrato vía correo electrónico, para la toma de decisiones y viabilidad de segundas opciones dentro del listado institucional de medicamentos	Se evidencia informe de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos recibidos frente a lo solicitado. En el informe se determina que el operador DISFARMA tiene una mejora efectividad en la entrega de los pedidos, frente a los operadores y empresas que prestaron sus servicios en el año inmediatamente anterior. Durante el mes de marzo de 2025 se solicitaron 119 ítem medico quirúrgicos, de los cuales llegaron 94 y 25 no recibidos, entre los faltantes se presentan desabastecimientos (agotados) y elementos discontinuados. Este análisis le permitió al profesional de apoyo de almacén poner en conocimiento de la situación al supervisor del contrato para la toma oportuna de decisiones.
R 51	Posibilidad de afectación administrativa y económica por falta de adherencia en la solicitud del procedimiento de salida de insumos de consumo por parte del personal de apoyo del almacén ocasionando reproceso en la entrega de insumos solicitados por las diferentes dependencias de la institución.	El Almacenista General realizará auditoria aleatoria mensual al personal de apoyo del área de consumo de almacén general con el objetivo de verificar el cumplimiento de cantidades solicitadas Vs cantidades a entregar de acuerdo a existencia en bodegas. Entregable: informe.	Como cumplimiento del plan de acción se evidencia circular de correcto diligenciamiento del formato de pedidos y su envío a las directoras técnicas de centros de salud y Hospital Local del Norte. De igual manera se evidencia cronograma de auditorías a bodegas de consumo y a los centros de salud. En cuanto al control no se ejecuta en el trimestre evaluado, el resultado de las auditorias se verificará en el segundo trimestre.
		El personal de apoyo al almacén realizará auditorias mensuales de acuerdo a cronograma establecido a los centros de salud priorizados, lo anterior se ejecutará por medio de comparativo entre el inventario del sistema de información vs inventario en físico. Entregable: informe.	Esta actividad se ejecutará en el segundo trimestre de 2025.
R 52	Posibilidad de pérdida económica por perdida de activos de inventariados a cargo de los colaboradores debido a falta de adherencia al procedimiento de manejo y control de inventarios y falta de supervisión del contratista para que finalizado el contrato haga	La profesional de inventarios realizará asignación de inventario cada vez que ingrese personal a la institución, evidenciándose por medio de formato ALM-F-038 FORMATO ASIGNACIÓN DE ACTIVOS, el cual debe estar firmado por el jefe inmediato. Entregable: ALM-F-038 FORMATO ASIGNACIÓN DE ACTIVOS diligenciado	Se evidencia formatos ALM-F-038 FORMATO DE ASIGNACION DE ACTIVOS, debidamente diligenciado y firmados en la cual se evidencia la asignación a personal de planta de activos fijos, correspondientes al trimestre evaluado, aclara la almacenista general que solo se trata de una muestra del total de los formatos diligenciados. Con esto se entiende ejecutado el control de manera efectiva.

	entrega efectiva de los bienes a su cargo	El Almacenista General o profesional de inventarios realiza auditorias de acuerdo a cronograma, con el fin de verificar el inventario inicial realizado el año inmediatamente anterior, de esto se deja evidencia en un acta de cada dependencia auditada, en la cual se tomarán las medidas o acciones de mejora a las que haya lugar.	Se evidencia cronograma de auditorias a inventario aleatorias en la cual se puede evidenciar el inicio de estas en el mes de abril de 2025. Las auditorias aleatorias se verán para el segundo trimestre de 2025.
R 53	Posibilidad de pérdida económica, por multa o sanción del ente de control, sobrecostos por daño en los equipos biomédicos, debido a falta de capacitación al personal en el manejo seguro de los equipos biomédicos y no cumplimiento del cronograma de mantenimiento de los equipos en la ESE ISABU	El jefe Almacenista junto con el coordinador de mantenimiento biomédico realizarán de manera anual el plan de mantenimiento hospitalario para la presente vigencia. Entregable: Plan de Mantenimiento Hospitalario.	Se evidencia Plan de mantenimiento hospitalario para la vigencia 2025. En el cual se relaciona los cronogramas para los mantenimientos de equipos biomédicos, de uso hospitalario e industriales de los equipos de la ESE ISABU.
		La ingeniera biomédica realizará seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo y al plan de capacitaciones de los equipos biomédicos con el fin de mitigar daños y costos, verificando actividades ejecutadas vs actividades programadas si se evidencian desviaciones se notificará al almacenista general mediante correo electrónico. Entregable: Informe trimestral.	Se evidencia informe denominado "Informe de ejecución de actividades de mantenimiento programadas" en el informe se evidencia cumplimiento al 100% del cronograma de mantenimientos programados para el primer trimestre de 2025. Se aclara que se cuenta con los contratos necesarios para realizar mantenimiento preventivo y correctivo con repuestos incluidos para los equipos biomédicos, industriales de uso hospitalario y ascensores de la ESE ISABU.
R 54	Posibilidad de pérdida económica, sanción del ente de control y sobrecostos por daño en la infraestructura debido al incumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo o incumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la habilitación de la ESE ISABU.	El jefe Almacenista junto con el coordinador de mantenimiento a la infraestructura realizarán de manera anual el plan de mantenimiento a la infraestructura para la presente vigencia. Entregable: plan de mantenimiento a la infraestructura	Se evidencia cronogramas de mantenimiento de ciertas y limpieza de canales, cronograma de inspección y mantenimiento de pintura carpintería metálica, aluminio y madera, aparatos sanitarios, mantenimiento y cambio de cerraduras, mantenimiento e inspección ventanera, puertas portones y rejas y cronograma de mantenimiento eléctrico para la vigencia 2025. Con esto se estructura el plan de mantenimiento a la infraestructura para la vigencia 2025. Se evidencia acta de socialización de los cronogramas de mantenimiento con el equipo de trabajo de recursos físicos.
		El coordinador de mantenimiento de la infraestructura realizará seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo a la infraestructura cumpliendo con la normatividad vigente en cuanto a la habilitación, si se evidencian desviaciones se notificará al almacenista general mediante correo electrónico. Entregable: Informe trimestral.	Se evidencia informe denominado "planeación y ejecución de actividades de mantenimiento programadas correspondiente al primer trimestre de 2025 en el cual se concluye que respecto a limpieza de canales y cubiertas, cielo raso y pintura, tanque de agua potable, aparatos sanitarios, área eléctrica, cerraduras y ventanas puertas y rejas se cumplieron al 100%, realizando las siguientes anotaciones: "Las actividades principales para el mantenimiento de la limpieza de cubiertas, canales y bajantes se desarrollaron en los cuatro (04) centros de salud y las dos (02) unidades hospitalarias con la limpieza de material vegetal que recaía sobre ella para evitar taponamientos en precipitaciones de lluvias, igualmente se ejecutaron actividades de mantenimiento a la impermeabilización de placas ya que esta actividad debe realizarse mínimo una vez al año ya que estos productos tipo Sika, requieren este tipo de intervenciones periódicamente. Para las actividades de infraestructura y eléctricas según el cronograma establecido, se cumplió a cabalidad, interviniendo las necesidades que se diagnosticaron previamente en visitas realizadas. Por otro lado, los requerimientos de mantenimientos correctivos fueron atacados en la mayor brevedad para minimizar el riesgo en las interrupciones en los centros de salud y las unidades hospitalarias evitando imprevistos a los pacientes que acudían a la prestación del servicio y personal asistencial que labora, con esto el área de mantenimiento a la infraestructura garantiza el correcto funcionamiento operativo del Instituto de Salud de Bucaramanga.

13. RIESGOS GESTIÓN DE LAS TICS


Este proceso tiene priorizados cinco (5) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgos 55,56,57,58 y 59

13.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE LAS TICS			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 55	Afectación administrativa por no publicación de información solicitada por los líderes de los diferentes procesos presentando incumplimiento en publicación de la página web institucional generando desinformación en los grupos de valor	El profesional de sistemas deberá verificar dentro de los horarios establecidos por el área administrativa las solicitudes de cargue de información en la página institucional recibidas del correo electrónico u oficio con adjunto formato solicitudes de cargue de información en página institucional y proceder a llevar un control mensual de las mismas a través del formato lista de publicaciones en página WEB, código SIS-F-034 y se presentará de forma trimestral al jefe Oficina Gestión TIC.	Se evidencia formato Lista de Publicaciones en página web código SIS-F-034 en el cual la profesional de sistemas relaciona las solicitudes de publicación en página web, señalando fecha de recibido, tema, responsable, nombre del archivo, medio de solicitud y en general información que le ayuda a evidenciar el cargue de la información. De igual se puede evidenciar la captura de pantalla en la cual se evidencia la publicación efectiva en página web. Con esto se entiende ejecutado el control.
		El jefe Oficina Gestión TIC verificará de manera mensual el seguimiento realizado por el profesional de sistemas a través del formato lista de publicaciones en página WEB, código SIS-F-034, dando su aprobación y firma.	Se evidencia formato Lista de Publicaciones en página web código SIS-F-034 con la firma y visto bueno del profesional especializado de las TICS en la cual se ha verificado que todas las publicaciones del mes de marzo se realizaron efectivamente en la página web.
R 56	Posibilidad de Pérdida de confidencialidad, Integridad, disponibilidad de la información, así como económico, fiscal o penal debido a un ciberataque informático a causa de una débil configuración y monitoreo de las políticas establecidas en el firewall y antivirus.	El líder del grupo de infraestructura tecnológica configura e implementa políticas y reglas de seguridad en los dispositivos firewall y antivirus cada vez que se requiera para mitigar el acceso no autorizado y propagación malware (virus). Entregable: 1. Un Informe del estado inicial de políticas y reglas de seguridad configuradas en los dispositivos firewall y antivirus. 2. cada vez que se genere una actualización se evidenciará mediante informe semestral.	Se evidencia archivo en Word en la cual se relacionan las políticas generales y reglas básicas de seguridad en los dispositivos firewall y antivirus para mitigar el acceso no autorizado y la propagación de amenazas en una red. Este documento es la guía para construir las políticas de seguridad de los dispositivos.
		El líder del grupo de infraestructura garantizará mediante informe del firewall y del antivirus de manera trimestrales, el cumplimiento y efectividad de Detección y bloqueo automático de las herramientas de seguridad Firewall y antivirus ante posibles accesos no autorizados a la red corporativa; Entregable:(4) Informes en el año donde se evidencie Detección y bloqueo automático de las herramientas de seguridad Firewall y antivirus ante posibles accesos no autorizados a la red corporativa.	Se evidencia informe de antivirus correspondiente al primer trimestre de 2025 en el cual se concluye: El antivirus actualmente presenta la licencia vencida, por lo cual únicamente permanece activo el módulo de políticas de control de contenido web. Sin embargo, debido a la inhabilidad para actualizar la base de datos de firmas de virus, el sistema no está realizando detecciones actualizadas ni registros confiables de eventos de seguridad. En consecuencia, no fue posible generar el informe trimestral de amenazas ni calcular el indicador correspondiente, lo cual afecta el cumplimiento del seguimiento establecido en los compromisos de seguridad informática de la entidad. Se recomienda dar continuidad al proceso de

			<p>contratación de las licencias de antivirus corporativo, teniendo en cuenta que este software es un componente esencial de la seguridad informática institucional, encargado de la detección, prevención y respuesta ante amenazas digitales como virus, malware, spyware, ransomware y otras formas de ataque. Contar con la solución antivirus actualizada no solo garantiza la protección en tiempo real de los equipos de cómputo y servidores, sino que también permite cumplir con los requisitos normativos y de auditoría interna, así como con los compromisos establecidos en los indicadores de seguridad de la información. Dada la situación actual de caducidad de la licencia, se considera urgente priorizar esta adquisición, evitando así la exposición a vulnerabilidades que puedan comprometer la infraestructura tecnológica, los sistemas de información institucionales y la confidencialidad de los datos de los usuarios.</p> <p>El Firewall en uso se comporta como un dispositivo con funcionalidades básicas de filtrado de estado, debido a que su modelo no permite la renovación de licencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El FireWall está limitado significativamente la capacidad del dispositivo para realizar funciones avanzadas como inspección profunda de paquetes (DPI), detección y prevención de intrusiones (IPS), filtrado de contenido, control de aplicaciones y generación de reportes detallados. • No es posible acceder a información analítica o histórica necesaria para la elaboración del informe de seguridad perimetral correspondiente a este periodo. • Se recomienda retomar con prioridad el proceso de adquisición de un nuevo firewall con licenciamiento vigente que ya fue remitido por la oficina TIC's. <p>Recomendación de control interno: Se continua con la debilidad frente a la falta de antivirus para la entidad; en apartes del informe se lee claramente la recomendación del grupo de las TICS en la cual estaría detectando en el área un riesgo inminente así: "De acuerdo a lo anterior se hace necesario actualizar o comprar el antivirus de la ESE ISABU y renovar el Firewall de la UIMIST para ello, se adjunta las necesidades enviadas en el mes de enero de 2025 para proceder a los procesos de contratación." Esta recomendación será dada a conocer a la alta dirección con el fin que se tomen los correctivos necesarios con el fin de evitar materializaciones del riesgo.</p>
R 57	<p>Posibilidad de Pérdida de confidencialidad, Integridad, y Disponibilidad por No atender las notificaciones de las actualizaciones normativas a cargo de CNT, debido a la no ejecución de las configuraciones por parte del grupo de sistemas de información.</p>	<p>El grupo de sistemas de información ejecuta procedimiento de gestión del cambio (SIS-P-023) el cual tiene como objetivo principal asegurar que cualquier modificación a nivel de sistemas de información o infraestructura sea debidamente planificada, aprobada y comunicada, esta actividad se ejecutará cada vez que se realice la instalación de nueva versión y parches de seguridad. Entregable: Formato de Gestión Del Cambio (SIS-P-023) de forma semestral.</p>	<p>Se evidencia certificación del profesional especializado de Gestión TICS en la cual manifiesta que durante el mes de marzo de 2025 no se efectuaron actualizaciones al sistema de información PANACEA ya que se encontraban desarrollando procesos en nómina y RIPS.</p>

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 25-36
			REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

R 58	afectación en la disponibilidad y pérdida económica del parque computacional (equipos de cómputo) y servidores debido al incumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo por parte del personal técnico.	El líder de infraestructura crea el cronograma de mantenimiento anual y este es socializado al equipo de trabajo para su respectivo cumplimiento. Entregable: Cronograma y evidencia de socialización.	Se evidencia cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo, en el cual se relacionan todas las sedes de la ESE ISABU y se planifica la realización de un (1) mantenimiento por equipo.
		El líder del grupo de infraestructura tecnológica realiza la verificación y seguimiento del cumplimiento y ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo establecido, realizando comparativo del formato único control de soportes Vs cronograma Entregable: Informe de ejecución del cronograma.	Este control está previsto ejecutarse en el segundo trimestre de 2025, sin embargo, se evidencia un oficio en el cual el profesional especializado de Gestión TICS manifiesta que el cronograma ha presentado ajustes.
R 59	Posibilidad de afectación Legal y económica sanciones disciplinarias debido al incumplimiento de la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios de los datos personales, por incumplimiento por parte del oficial de seguridad de la información en el registro nacional de base de datos ante la Super Intendencia de Industria y Comercio.	"El Líder del grupo de seguridad de la información realiza de forma anual el RNBD (registro nacional de base de datos) ante la Super Intendencia de Industria y Comercio (SIC), una vez al año. Entregable: informe de registro nacional de las bases de datos - RNBD "	Se evidencia informe de registro nacional de base de datos RNBD ante la superintendencia de industria y Comercio SIC, en la cual se concluye que gracias a la gestión anticipada en la identificación de las bases de datos que contienen información personal, mediante la creación de instrumentos adecuados, así como la notificación oportuna a los procesos identificados que manejan dichas bases de datos y su colaboración activa, se logró completar el registro ante el ente de control con antelación al plazo establecido. Esto garantiza el cumplimiento cabal del Registro Nacional de Bases de Datos, evitando cualquier riesgo de incumplimiento normativo, ya que se cumplió con el requisito de registro antes de la fecha límite del 31 de marzo de 2025. Con esto se entiende ejecutado el control.

Recomendación de control interno: Debido a que en el proceso de evaluación de los controles se identificaron debilidades en estos, referentes a los entregables y en el impacto positivo en la mitigación del riesgo, es necesario que los controles, incluso los mismos riesgos sean revaluados por el área con el fin de lograr un rediseño que permita una correcta gestión del sistema general de riesgos del área y por ende de la entidad.

Frente al riesgo No. 56, se continua con la debilidad frente a la falta de antivirus para la entidad; en apartes del informe se lee claramente la recomendación del grupo de las TICS en la cual estaría detectando en el área un riesgo inminente así: "De acuerdo a lo anterior se hace necesario actualizar o comprar el antivirus de la ESE ISABU y renovar el Firewall de la UIMIST para ello, se adjunta las necesidades enviadas en el mes de enero de 2025 para proceder a los procesos de contratación." Esta recomendación será dada a conocer por parte de la oficina de control interno a la alta dirección con el fin que se tomen los correctivos necesarios con el fin de evitar materializaciones del riesgo.

14. RIESGOS GESTIÓN FINANCIERA

Este proceso tiene priorizados siete (7) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 60,61,62,63 y 64

Riesgo Actuarial: Riesgo 75

Riesgo de Liquidez: Riesgo 76

14.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN FINANCIERA - OPERACIONAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 60	Posibilidad de afectación administrativa por el no cumplimiento de los pagos programados mensualmente por falta del cargue de los soportes de la cuenta por el contratista y de la constancia por parte del supervisor	El tesoroero y/o el personal de apoyo revisa el cumplimiento de los soportes en el SECOP II, de la cuenta antes de efectuar el pago, si la cuenta no cumple se notifica a través de correo electrónico al supervisor. Entregable: pantallazos de correos enviados a los supervisores cuando se detectan no cumplimientos en el cargue	Se evidencian capturas de pantalla correspondientes al trimestre evaluado en las cuales se muestra las devoluciones de las cuentas por inconsistencias en las mismas, por parte de tesorería a los supervisores y a la oficina asesora jurídica. Con el fin de cumplir con el plan de acción, se relaciona los flujos de caja del trimestre evaluado el cual es enviado a la gerencia con el fin de que sirva como insumo para la toma de decisiones. Con esto se entiende ejecutado el control.
R 61	Posibilidad de afectación financiera, presupuestal y disciplinaria, por no cumplir con los tiempos establecidos en norma para la respuesta de las glosas, por desconocimiento de la norma, falta de seguimiento a la recepción de las glosas por parte del personal de glosas.	El líder de cartera realizará seguimiento mensual a las glosas recepcionadas a través del diligenciamiento de una matriz de Excel, emitiendo un informe mensual de la gestión realizada en donde se evidencien las respuestas a las mismas. Entregable: Informe Mensual	Se evidencia informe correspondiente al primer trimestre de 2025, en el cual se evidencia el seguimiento a las glosas, en el cual se relaciona la gestión realizada y se da la respuesta a cada una de ellas, en el informe concluye que la principal causa de disminución en el mes de marzo fue debido a las demoras en las auditorías por parte de las EPS de Nueva EPS y Coosalud que con la intervención han tenido demoras en la auditoría. Los motivos de glosa más representativos fue el de tarifas principalmente por la entidad sanitas, Coosalud y Nueva EPS, situación que se manifestó al área de facturación y contratación, de igual manera se concluye que el promedio de días de respuesta de glosas es de 9.3 calendario con lo cual estarían dando cumplimiento y seguimiento a la respuesta de glosas en los tiempos establecidos bajo la LEY 1438 de 2011. Con el fin de cumplir con el plan de acción, se evidencia acta de socialización de glosas y devoluciones de los meses evaluados. De igual manera se evidencia la depuración de cartera con las diferentes EPS una vez realizada la conciliación identificando el número de acta que la valida.
R 62	Posibilidad de afectación financiera y presupuestal, por incumplimiento en la radicación en los tiempos establecidos por las diferentes entidades responsables de pago, por falta de adherencia al procedimiento de radicación por parte del personal del proceso.	El líder de cartera realizará cronograma mensual para la radicación de la facturación en las entidades responsables de pago, el cual es entregado al proceso de facturación. Entregable: Oficio Radicado con cronograma El líder de cartera realizará seguimiento de manera mensual a la radicación de las facturas entregadas por el área de facturación Entregable: ACTA DE CONCILIACIÓN MENSUAL CON FACTURACIÓN	Se evidencia cronograma de fechas límites para la radicación de enero, febrero y marzo de 2025, frente a las diferentes ERP, lo anterior con el fin de cumplir con las fechas establecidas. Se evidencian actas de radicación de la facturación generadas durante el primer trimestre de 2025 en las cuales el proceso de facturación y cartera concilian lo facturado vs lo radicado, evidenciándose el cumplimiento del cronograma enviado inicialmente por el proceso de cartera a facturación. Con el fin de cumplir con el plan de acción se evidencia acta de Comité de cartera, facturación y glosas, en el cual se presenta el avance de la radicación de la facturación generada respecto al recaudo.
R 63	Posibilidad de pérdida económica por multa y/o sanción de las entidades administradoras de impuestos debido al pago inoportuno o inexactitud del valor pagado por incumplimiento de la normatividad en materia de impuestos	El contador envía correos mensuales informando al tesoroero y almacén las fechas de cierre de periodo contable. Entregable: Correo con información del cierre del periodo contable	Se evidencian correos correspondientes al periodo evaluado en el cual el Contador le informa a Tesorería, almacén y subgerencia administrativa, la fecha de cierre de las cuentas por pagar del mes correspondiente.

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

CODIGO: CIN-F-006

VERSION: 4

FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

PAGINA: 27-36

REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

	debido al incumplimiento de la normatividad en materia de impuestos.	El apoyo profesional de contabilidad realiza revisión mensual registrada en el software PANACEA módulo de contabilidad sobre la causación de cuentas que generan impuestos, al encontrar desviaciones se emitirá un correo a tesorería con copia a sistemas con el objetivo que realicen los cambios correctivos. Entregable: archivo de Excel para calcular impuestos y correos si existen inconsistencias en la causación en los cálculos de impuestos	Se evidencian archivos en Excel en los cuales se realiza la revisión de la causación de las cuentas que generan impuestos con el propósito de evidenciar las diferencias en caso de existir y las mismas sean subsanadas por el área de tesorería. Del periodo evaluado se identificaron desviaciones solo en el mes de febrero, para ello se adjunta el correo 12/03/2025 en el cual el contador solicita revisión de algunas cuentas por pagar ya que se les práctico menor valor sobre tasa bomberil. Con esto se entiende ejecutado el control.
R 64	Afectación económica, reputacional, sanciones disciplinarias y fiscales por no facturación del servicio de ambulancia por Ausencia del lleno de los requisitos del formato de traslado de pacientes realizado por el personal asistencial	<p>La Subgerencia Administrativa realizará auditoría a la bitácora de las remisiones versus lo registrado en panacea a través de un drive de manera mensual con el fin de identificar servicios de ambulancia sin facturar. Entregable: Informe con resultados de auditoría</p> <p>El subgerente Administrativo envía informe de resultados de auditoría de traslados al proceso de facturación con el propósito que se subsane los hallazgos encontrados, de manera mensual. Entregable: Correo electrónico del envió del informe</p>	<p>Se evidencia informe de la trazabilidad realizada al servicio de referencia y contrarreferencia de la ESE ISABU revisión de remisiones (traslados) y/o cargados en el software financiero y contable de la entidad correspondiente al primer trimestre de 2025 realizó un seguimiento a las remisiones (traslados de ambulancia) de manera física, permanente y oportuna y realizar revisión contra el software financiero y contable de la entidad (Panacea), con el fin de efectuar unos resultados para generar un plan de mejoramiento constructivo en los procesos tanto de facturación como de la parte asistencial para lograr el cumplimiento de objetivos presupuestales y administrativos de acuerdo a la oportuna realización de actividades operacionales y a la optimización del recurso humano y facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución. El informe concluye que respecto al plan de mejoramiento se debe: Implementar un registro diario con firma de los conductores al entregar los formatos FTTA/FTMP, verificando que tengan sello, datos legibles y documento del paciente adjunto. Notificar al jefe de transporte si no se entregan en 24 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Fijar fechas para entrega de soportes a las liquidadoras y a las facturadoras para que el proceso de facturación sea oportuno y veraz para que no acarreen detrimento en el proceso financiero y de contratación. • Es necesario seguir dándole continuidad a la revisión dándole la trazabilidad para implementar y preparar estrategias adecuadas para el logro de los objetivos en el área de facturación. • Se necesita tomar controles de facturación con los mismos responsables del proceso para generar una facturación oportuna. • Capacitar a auxiliares en el correcto diligenciamiento de notas de enfermería, diferenciando traslados medicalizados y no medicalizados, e implementar un formato estandarizado con campos obligatorios. <p>Se evidencia correo electrónico en el cual la subgerencia administrativa y financiera envía el informe de la auditoría adelantada al proceso de traslado que se realiza a través de ambulancias en el Hospital Local del Norte. Este correo es enviado a facturación.</p>

GESTIÓN FINANCIERA – RIESGO ACTUARIAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
RIESGO ACTUARIAL No.75	Afectación financiera y de imagen por incertidumbre en el costo del servicio de salud ofertados (diferentes modalidades de contratación) a falta del sistema de costeo que permita determinar el valor unitario del servicio ofertado	EL personal a cargo del proceso de costos define los lineamientos para el costeo de oferta en servicio de salud o insumo de conformidad con el método de contabilidad de costos ENTREGABLE: Documento aprobado por el subgerente administrativo y financiero, con periodicidad anual. Inicia en el mes de abril de 2025.	Según oficio suscrito por la Subgerente Administrativa y Financiera se menciona que el avance del mapa de riesgos actuarial a cargo de la subgerencia administrativa y financiera tiene programado iniciarse a partir del mes de abril de 2025, por lo tanto, para el primer trimestre de 2025 no se ejecutarán los controles respectivos.
		EL personal a cargo del proceso de costos y de contratación, proyectan documento de oferta de acuerdo con los lineamientos de costeo según demanda o solicitud de tercero, al subgerente administrativo y financiero para su revisión. ENTREGABLE: Documento revisado por el subgerente administrativo y financiero, con periodicidad de acuerdo a demanda. Inicia en el mes de abril de 2025	

GESTIÓN FINANCIERA – RIESGO DE LIQUIDEZ			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
RIESGO DE LIQUIDEZ No. 76	Posibilidad de afectación financiera y presupuestal, por bajo recaudo mensual para cubrir los gastos operacionales de la entidad, por no radicación oportuna de la facturación, falta de gestión de cobro ante las entidades responsables de pago.	El líder de cartera realizará el cobro persuasivo mensual mediante correo electrónico u oficio dirigido a las diferentes entidades responsables de pago, mínimo al 70% de la cartera total (sin liquidadas). ENTREGABLE: correo electrónico u oficios	Se evidencia informe de circularización correspondiente al trimestre evaluado en el cual se relaciona las empresas responsables de pago a las cuales se le realiza circularización de la cartera mencionando la fecha de notificación y el valor reportado. Este es el insumo para la toma de decisiones frente a la cartera notificada de la ESE ISABU.
		El líder de cartera remitirá trimestralmente la cartera mayor a 150 días a la subgerencia administrativa y financiera para que se proceda a enviar al abogado externo o en su defecto a la oficina jurídica. ENTREGABLE: Correo electrónico con Excel, este control se ejecutará a partir del mes de abril de 2025	Se evidencia correos electrónicos correspondientes al trimestre evaluado en el cual el proceso de cartera notifica a la subgerencia Administrativa la cartera correspondiente mayor a 150 días. La subgerencia administrativa con dicho insumo traslada al jefe de la oficina asesora jurídica con el propósito que le sea asignado al profesional en derecho contratista para el trámite legal.

15. RIESGOS GESTIÓN DOCUMENTAL

Este proceso tiene priorizados tres (3) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 65,66 y 67

15.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DOCUMENTAL			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 65	Posibilidad de afectación administrativa por incumplimiento del cronograma de transferencia anual, por falta de disponibilidad de tiempo por parte de los archivos de gestión para aplicar el procedimiento de transferencia documental.	El profesional en Gestión Documental elaborará el cronograma de Transferencia Anual, el cual se socializará el mes de mayo y se delegarán funciones del procedimiento de Transferencias al equipo de Trabajo de la oficina en Grupo Primario, donde se evidenciará mediante un Acta. Entregable: Acta grupo primario socialización cronograma de Transferencia Anual - mayo	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas de ejecución por lo tanto los resultados de la aplicación de los controles se verificarán en los seguimientos posteriores.
		El profesional de la oficina de Gestión Documental realizará seguimiento mensual para verificar el cumplimiento del Cronograma de Transferencias Documentales presentado por el equipo de apoyo de archivo, este seguimiento será evidenciado mediante las actas de grupo primario para la toma de decisiones y ajustes necesarios de acuerdo con los resultados. Entregable: Acta de grupo primario	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas de ejecución por lo tanto los resultados de la aplicación de los controles se verificarán en los seguimientos posteriores.
R 66	Posibilidad de afectación administrativa por la implementación del procedimiento de eliminación de documentos ante la ausencia de conocimiento del personal de apoyo de gestión documental en la no identificación de los documentos que han cumplido los tiempos de retención de acuerdo a las Tablas de Retención Documental- TRD y las Tablas de Valoración Documental- TVD	El equipo de apoyo de archivo previa capacitación identificará anualmente las series y subseries documentales que hayan cumplido su tiempo de retención en el archivo central y su disposición final sea la eliminación, relacionándola en el Formato Único de Inventario Documental, Código: ARC-F-004 este control se aplicaría el tercer trimestre del año. Entregable: Formato Único de Inventario Documental, Código: ARC-F-004	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas de ejecución por lo tanto los resultados de la aplicación de los controles se verificarán en los seguimientos posteriores.

		La profesional de gestión documental realizará una auditoria aleatoria en el cuarto trimestre, verificando que los expedientes documentales registrados en el formato Único de Inventario Documental corresponda a las series y subseries a eliminar, se evidenciará mediante Informe de auditoría aleatoria. Entregable: Informe de auditoría aleatoria (entrega del producto cuarto trimestre)	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas de ejecución por lo tanto los resultados de la aplicación de los controles se verificarán en los seguimientos posteriores.
R 67	Posibilidad de afectación administrativa por no digitalización de documentos vitales para la entidad por incumplimiento del Cronograma de implementación del procedimiento de digitalización	La profesional de Gestión documental en el tercer trimestre define las series y subseries a digitalizar de acuerdo a las Tablas de Retención Documental, generando un cronograma de cumplimiento anual designando el responsable de llevar a cabo la ejecución del cronograma. Entregable: Cronograma y Designación mediante acta o correo electrónico de responsables de llevar a cabo la ejecución del cronograma.	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas de ejecución por lo tanto los resultados de la aplicación de los controles se verificarán en los seguimientos posteriores.
		El Profesional en Gestión Documental hará seguimiento de la ejecución del cronograma de implementación del procedimiento de digitalización. Entregable: Informe de seguimiento. Periodicidad: trimestral	Esta actividad se encuentra dentro de las fechas de ejecución por lo tanto los resultados de la aplicación de los controles se verificarán en los seguimientos posteriores.

16. RIESGOS GESTIÓN JURÍDICA

Este proceso tiene priorizados tres (3) riesgos.

Riesgos Operacionales: Riesgo 68,69 y 70

16.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN JURÍDICA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 68	Posibilidad de pérdida económica por sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido al incumplimiento de los requisitos precontractuales y contractuales, por la inadecuada verificación del personal encargado de adelantar los procesos de contratación.	El jefe de la Oficina Asesora Jurídica realizará revisión y/o ajuste anual de las listas de chequeo con el fin de verificar que contengan la totalidad de los requisitos exigidos normativamente para cada contrato, mediante socialización en grupo primario. Entregable: Acta de Grupo Primario.	Esta actividad no tiene fecha de cumplimiento para el primer trimestre de 2025, el avance de la ejecución del control se verificará en los seguimientos posteriores.
		El jefe de la Oficina Asesora Jurídica realizará auditoria permanente a los expedientes contractuales y de ello generará un informe cuatrimestral dirigido al Gerente en donde se evidencie las observaciones encontradas y los expedientes verificados en la vigencia. Entregable: Informe Cuatrimestral.	Esta actividad no tiene fecha de cumplimiento para el primer trimestre de 2025, el avance de la ejecución del control se verificará en los seguimientos posteriores.

R 69	Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por multa y/o sanción fiscal o disciplinaria debido a Extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición, inobservancia de los términos y procedimientos por parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU	El jefe Oficina Asesora Jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean respondidos dentro de los términos legales. Esta verificación la realizará a través de una matriz de Excel que permita observar el tiempo de respuesta.	Se evidencia archivo en Excel con la relación de derechos de petición correspondiente al primer trimestre de 2025, en el cual se relaciona fecha de recepción y fecha de respuestas, destacándose que a los derechos de petición se les brinda respuesta de manera oportuna. Con esto se entiende ejecutado el control de manera satisfactoria.
		El jefe Oficina Asesora Jurídica semestralmente entregará a Gerencia un informe de las peticiones recibidas en el cual se evidenciará el tiempo de respuesta de cada uno, dando finalmente un informe de la efectividad del control mensual.	Esta actividad no tiene fecha de cumplimiento para el primer trimestre de 2025, el avance de la ejecución del control se verificará en los seguimientos posteriores.
R 70	Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a falta de reporte, reporte errado, incompleto o extemporáneo en las plataformas del SIA OBSERVA y SECOP II de la etapa precontractual en los procesos celebrados por la ESE ISABU, debido los periodos de contratación masiva que se adelantan.	La profesional especializada del área de jurídica enviará por correo electrónico al personal encargado del cargue de los procesos en la plataforma SIA Observa, la relación de los contratos a cargar dentro de los tres días hábiles siguientes al acta de inicio de cada contrato, y se registrará la fecha del envío de la información en la matriz de seguimiento de contratación. Entregable: Matriz de seguimiento.	Se evidencia matriz de seguimiento correspondiente al primer trimestre de 2025 en la cual se verifica el cumplimiento en la oportunidad en la publicación en el SIA OBSERVA. Comentario de la oficina de control interno: Del seguimiento realizado a la ejecución del control, se identifica algunas diferencias en las fechas de publicación reportadas en SIA OBSERVA y en lo verificado por la oficina de control interno en los seguimientos mensuales, teniendo en cuenta lo anterior hasta tanto no se cuente con una respuesta oficial por parte de la mesa de ayuda de SIA OBSERVA, los casos de extemporaneidad identificados en lo corrido de 2025 no se tratarán como un riesgo materializado.
		La profesional especializada del área de jurídica aplica la herramienta de trabajo, matriz de seguimiento en Excel, registrando la aprobación del 100% de los contratos celebrados en la plataforma transaccional SECOP II, verificando dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al acta de inicio que la información de cada contrato se encuentre registrada y publicada en la Plataforma SIA OBSERVA, con el fin de que se subsane de forma inmediata la inconsistencia. Entregable: Matriz de seguimiento.	

Comentario de la oficina de control interno: Del seguimiento realizado a la ejecución del control, se identifica algunas diferencias en las fechas de publicación reportadas en SIA OBSERVA y en lo verificado por la oficina de control interno en los seguimientos mensuales, teniendo en cuenta lo anterior hasta tanto no se cuente con una respuesta oficial por parte de la mesa de ayuda de SIA OBSERVA, los casos de extemporaneidad identificados en lo corrido de 2025 no se tratarán como un riesgo materializado.

17. RIESGOS GESTIÓN CONTROL INTERNO

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 71

17.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN CONTROL INTERNO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 71	Posibilidad de afectación económica, reputacional, sanciones fiscales, disciplinarias debido al incumplimiento por parte de los profesionales de la oficina de Gestión de Control Interno en el desarrollo del plan anual de auditorías de la vigencia.	El profesional de apoyo de la oficina de control interno realizará seguimiento mensual al Plan Anual de Auditorías, el cual será presentado en las reuniones de grupo primario evidenciándose mediante acta de grupo primario.	Se evidencian actas de comité primario de la oficina de control interno, de los meses de febrero y marzo de 2025, en las cuales el profesional apoyo de la oficina de control interno realiza un seguimiento mensual del plan anual de auditorías, analizando el porcentaje de cumplimiento de las actividades del mes anterior y expone las actividades para el mes actual. Lo anterior le permite a la jefe de la oficina, la toma de decisiones frente a retrasos o incumplimientos en el plan anual de auditorías. Es necesario precisar que durante el mes de enero de 2025 no se contó con profesional de apoyo, por lo tanto, el control no se pudo cumplir, sin embargo, se presentó un seguimiento del cumplimiento del plan anual de auditorías dejándose evidencia en el acta correspondiente. El control se ejecutó correctamente.
		El jefe de la oficina de control interno tomará las decisiones y ajustes necesarios de acuerdo al seguimiento del Plan Anual de Auditorías presentado por el profesional de la oficina de control interno de manera mensual evidenciado mediante acta de grupo primario.	Frente a las actividades correspondientes al mes anterior, y teniendo en cuenta el análisis presentado por la profesional de apoyo, la jefe de la oficina toma las decisiones frente a retrasos o incumplimientos en las actividades del plan anual de auditorías. Respecto a las actividades del mes en que se realiza el grupo primario, ante la exposición de las actividades por parte de la profesional de apoyo de la oficina, la jefe de la oficina de control interno designa el grupo auditor para adelantar las actividades y determina fechas de cumplimiento. Con esto se tiene un panorama completo del cumplimiento del plan anual de auditorías, que le permite tener control ante incumplimientos o retrasos. Con esto se entiende correctamente ejecutado el control.


18. RIESGO GESTIÓN DISCIPLINARIO INTERNO

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 72

18.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 72	Posibilidad de afectación disciplinaria por falta seguimiento a los procesos disciplinarios asignados, debido a la inoportunidad que se presenta ante los miembros del Grupo de Control Disciplinario Interno.	El Grupo de Control Disciplinario interno se reunirá de forma mensual para tratar las quejas recibidas en caso de que existan, con el fin de atender lo correspondiente al procedimiento disciplinario establecido en la entidad. Entregable: Certificación emitida por el Coordinador del Grupo del Control Disciplinario Interno sobre la reunión efectuada, junto con la lista de asistencia de los participantes.	Se evidencia certificaciones por el jefe de la oficina asesora jurídica, correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 2025, en la cual se refleja que a la fecha no hay apertura de procesos disciplinarios. Con esto se entiende ejecutado el control satisfactoriamente.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 33-36
			REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

		<p>El Coordinador realiza la revisión de la información contenida en el Excel base de datos disciplinaria en donde están registrados todos los procesos disciplinarios y a través de correo electrónico o en la reunión adelantada por el Grupo informará de forma mensual a los miembros del Grupo de Control Disciplinario Interno sobre las alertas del estado del proceso.</p> <p>Entregable: Certificación emitida por el Coordinador del Grupo del Control Disciplinario Interno sobre la reunión efectuada, junto con la lista de asistencia de los participantes o correo electrónico informando las alertas.</p>	
--	--	---	--

19. RIESGO APOYO DIAGNOSTICO-LABORATORIO CLINICO

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 73


19.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

LABORATORIO CLINICO			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 73	Posibilidad de sanciones disciplinarias y perdida financiera por realización de exámenes de laboratorio sin estar facturados debido a la falta de articulación del sistema de información del laboratorio clínico con el sistema de información PANACEA en lo facturado.	<p>El Coordinador del Laboratorio clínico realiza comparación mensual del software de PANACEA & ANNAR de los exámenes procesados contra los facturados con el fin que hayan sido debidamente facturados, evidenciado los resultados mediante informe de forma trimestral, el cual será enviado por correo electrónico al jefe de subgerencia científica y a la directora de unidades hospitalarias para su respectivo conocimiento y toma de acciones al respecto si lo son necesarias.</p> <p>Entregable: Informe trimestral y correo electrónico donde se evidencia el envió del informe al jefe de subgerencia científica y directora de unidades hospitalarias</p>	<p>Se evidencia archivo en Excel en el cual se relacionan los laboratorios facturados durante los meses de enero, febrero y marzo información obtenida del software PANACEA, de igual manera se evidencia archivo en PDF extraído del software ANNARLAB en el cual se relaciona el detallado de los laboratorios realizados durante enero, febrero y marzo de 2025. Estos dos archivos se comparan, generando un análisis comparativo obteniendo un indicador, además de poderse identificar diferencias entre los dos reportes.</p> <p>Se evidencia informe trimestral en el cual se concluye que para el primer trimestre del 2025 se obtiene un indicador global de 10.07% de diferencia entre lo facturado y lo procesado en el laboratorio clínico, por tanto, se sigue trabajando para disminuir la brecha que se genere mensualmente, se evidencia el envió de los indicadores a la dirección técnica de las unidades hospitalarias de la ESE ISABU. Con esto se entiende ejecutado el control.</p>

20. RIESGO APOYO DIAGNOSTICO-IMAGENOLOGÍA

Este proceso tiene priorizado un (1) riesgo.

Riesgo Operacional: Riesgo 74


	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 34-36
		REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

19.1. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO - RADIOLOGIA			
No. DEL RIESGO	RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL RIESGO	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (I TRIMESTRE 2025)
R 74	Posibilidad de sanciones disciplinarias y perdida financiera por toma de exámenes de imagenológicos sin estar facturados debido a la falta de control de lo facturado con lo realizado apoyado en el software PANACEA.	El líder de imagenología realiza revisión mensual de exámenes radiológicos tomados, las cuales se registran en el formato de control diario y los compara con los examen facturados registrados en el software de PANACEA por parte de facturación, evidenciando los resultados mediante informe de forma trimestral, el cual será enviado por correo electrónico al jefe de subgerencia científica y sub gerente administrativa hospitalarias para su respectivo conocimiento y toma de acciones al respecto si lo son necesarias. Entregable: Informe trimestral y correo electrónico donde se evidencia el envío del informe al jefe de subgerencia científica y sub gerente administrativa.	Se evidencia archivo en PDF en el cual se relacionan los correos enviados a coordinación médica y facturación en los cuales se notifica los estudios imagenológicos tomados y luego cancelados sin haber sido facturados. Posteriormente, se evidencia un archivo en Excel correspondiente a los estudios facturados del mes los cuales se cruzan con los atendidos para finalizar con la producción (archivo en Excel) en el cual se define la producción real mensual del área. Se adjunta informe del primer trimestre de 2025 en el cual se concluye que los datos totales de producción recolectados en el primer trimestre del área de imagenología nos permiten evidenciar una disminución entre los meses de enero a marzo del número de estudios tomados no facturados, siendo una variable negativa que en promedio de los dos meses corresponde al -3% aproximadamente, lo que nos indica que la estrategia establecida por el grupo de facturación está minimizando el número de estudios tomados no facturados, se evidencia captura de pantalla del envío del informe I trimestre de 2025 a la subgerencia científica y subdirección administrativa. Con esto se entiende ejecutado correctamente el control.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Del resultado del seguimiento se vio la necesidad de elevar las siguientes recomendaciones:
 - ✓ Producto del seguimiento y evaluación de los controles la oficina de control interno recomienda respecto al riesgo 24 control No. 1 (mapa de riesgos reputacional de Planeación Institucional) que el listado de información de interés se relacione en un formato institucional y se firme por quien lo elaboró, ya que los entregables presentados no disponen de un formato institucional ni vienen firmados por la persona responsable de ejecutar el control.
 - ✓ En el área de las TICS, debido a que en el proceso de evaluación de los controles se identificaron debilidades en estos, referentes a los entregables y en el impacto positivo en la mitigación del riesgo, es necesario que los controles, incluso los mismos riesgos sean revaluados por el área con el fin de lograr un rediseño que permita una correcta gestión del sistema general de riesgos del área y por ende la entidad.
 - ✓ Frente al riesgo No. 56, se continua con la debilidad frente a la falta de antivirus para la entidad; en apartes del informe se lee claramente la recomendación del grupo de las TICS en la cual estaría detectando en el área un riesgo inminente así: “De acuerdo con lo anterior se hace necesario actualizar o comprar el antivirus de la ESE ISABU y renovar el Firewall de la UIMIST para ello, se adjunta las necesidades enviadas en el mes de enero de 2025 para proceder a los procesos de contratación.” Esta recomendación será dada a conocer por parte de la oficina de control interno a

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 35-36
			REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

la alta dirección con el fin que se tomen los correctivos necesarios con el fin de evitar materializaciones del riesgo.


- Respecto a las evidencias entregadas por los líderes correspondientes al I trimestre de la vigencia 2025, se identificó falta de oportunidad en la entrega por parte de algunas áreas. Si bien, como se presentó en el cuarto trimestre de 2024, algunos líderes argumentaban falta de personal de apoyo para la consolidación y entrega de las evidencias, sin embargo, esto no es razón suficiente, ya que la solicitud de evidencias se envió con tiempo suficiente de antelación, siendo responsabilidad de los líderes cumplir con el plazo estipulado.

Es necesario realizar un llamado de atención con un caso en particular, en lo correspondiente al seguimiento del primer trimestre de 2025 del riesgo No. 46, la líder de la ruta materno perinatal no presentó con la debida oportunidad las evidencias solicitadas, presentándolas siete (7) días hábiles después de la fecha estipulada por esta oficina de control interno. Aunado a lo anterior tampoco se presentó en la fecha y hora programada para la evaluación de los controles.

A pesar de no evidenciarse materialización del riesgo, la no presentación con oportunidad de las evidencias de la ejecución de controles podría afectar negativamente la gestión del riesgo, evitando que la entidad desarrolle adecuadamente el sistema general de riesgos. El llamado de atención es para la líder de la ruta materno perinatal, a que en los posteriores seguimientos el compromiso sea mayor y se cumpla con las directrices impartidas por esta oficina evitando además de lo ya mencionado, atrasos administrativos en el desarrollo de las actividades de la oficina de control interno.

Es necesario precisar que la falta de evidencia o la falta de oportunidad en su entrega indica que los controles implementados para mitigar los riesgos identificados no se están ejecutando o están siendo ineficaces, situación en la cual se debería realizar un análisis exhaustivo desde el área, de tal manera que se asegure el correcto desarrollo del sistema general de riesgos, además de sumar un grado de dificultad en la medición de la efectividad de los controles para la mitigación del riesgo.

- Así mismo es necesario anotar que con algunas áreas se identificó que los entregables no correspondían a lo señalado en el mapa de riesgos, situación esto que obstaculiza la labor de evaluación de la oficina de control interno, ya que las evidencias no son claras, no se llevan en los formatos establecidos o incluso se evidencia que fueron elaboradas sin el rigor necesario, siendo esto un retroceso enorme en el avance que se venía presentando en el las vigencias anteriores, en las cuales la concientización y el compromiso de las áreas era mayor.
- Respecto a gestión TICS se identificó en el proceso de evaluación de los controles que se presentan debilidades en estos, referentes a los entregables y en el impacto positivo en la mitigación del riesgo, es necesario que los controles, incluso los mismos riesgos sean revaluados por el área con el fin de lograr un rediseño que permita una correcta gestión del sistema general de riesgos del área y por ende de la entidad.
- Las recomendaciones identificadas, así como el resultado de la evaluación de los controles, serán dadas a conocer a los líderes y la oficina de planeación con el fin de tomar los correctivos a los que haya lugar.

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION		FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: CIN-F-006		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4		PAGINA: 36-36
			REVISO Y APROBÓ: jefe Oficina Control Interno

- Del seguimiento realizado a la ejecución del control, se identifica algunas diferencias en las fechas de publicación reportadas en SIA OBSERVA y en lo verificado por la oficina de control interno en los seguimientos mensuales, teniendo en cuenta lo anterior hasta tanto no se cuente con una respuesta oficial por parte de la mesa de ayuda de SIA OBSERVA, los casos de extemporaneidad identificados en lo corrido de 2025 no se tratarán como un riesgo materializado.

Equipo auditor:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno