

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

xxx-xxx

San Juan de Pasto, 16 de agosto de 2019

Doctora  
ANA BELEN ARTEAGA  
Gerente  
PASTO SALUD ESE

ASUNTO: Informe Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional.

Cordial saludo.

La Oficina de Control Interno, conforme a su rol de evaluación y seguimiento, y para dar cumplimiento a lo ordenado en artículo sexto de la resolución No 945 del 13 de diciembre de 2018, que aprueba y adopta la política y manual de administración de riesgos en la Empresa Social del estado Pasto Salud E.S.E, presenta el informe de los resultados del primer seguimiento al mapa de riesgos Institucional.

#### **OBJETIVO DEL INFORME**

Mostrar los resultados del seguimiento al cumplimiento de controles y acciones establecidos en el mapa de riesgos Institucional de la Empresa Social del estado Pasto Salud E.S.E.

#### **PRODUCTOS**

- Determinar la efectividad de los controles establecidos para mitigar los riesgos identificados.
- Verificar el cumplimiento de las acciones propuestas para minimizar los riesgos identificados.
- Identificar los riesgos materializados en la vigencia 2018 y 2019.

#### **CRITERIOS DE AUDITORIAS**

- Los documentos que se usaron como referencia frente a los cuales se comparó las evidencias de la auditoria son las siguientes:
- Controles y acciones establecidos en el mapa de riesgos Institucional, documentos del proceso. (Procedimientos, instructivos, guías, manuales, protocolos, formatos), actas, resultado de indicadores, informes.

#### **ALCANCE**

Aplica al Macroproceso de Direccionamiento, Macroproceso Misional, Macroproceso de Apoyo, Macroproceso de Control del modelo de operación por procesos de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E.

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>			

Se verifica de manera aleatoria la ejecución de actividades año 2018 y primer trimestre de la vigencia 2019 en los procesos administrativos y en los procesos asistenciales por su volumen de información se verifica el primer trimestre de la vigencia 2019.

### METODO DE AUDITORIA

El método de auditoria utilizado fue Entrevista, Muestreo y Observación.

### RESULTADOS DE LA AUDITORIA

A continuación se presentan el resultado general del seguimiento al mapa de riesgos Institucional.

PROCESO	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MATERIALIZADOS	TOTAL CONTROLES	CONTROLES NO EFECTIVOS	TOTAL ACCIONES	ACCIONES INCUMPLIDAS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	9	0	40	2	0	0
GESTION DE CALIDAD	15	3	32	5	10	2
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	16	1	40	3	0	0
GESTION DE TECNOLOGIA	12	0	28	1	3	0
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	7	0	16	0	10	3
GESTION DEL TALENTO HUMANO	12	0	37	3	3	2
GESTION FINANCIERA	27	2	76	5	14	7
GESTION JURIDICA	9	0	9	0	3	2
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	4	0	5	0	2	2
GESTION DE CONTROL	10	0	15	0	3	1
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	5	0	13	1	10	2
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	3	0	8	1	0	0
GESTION DE HOSPITALIZACION	23	0	115	1	10	2
GESTION DE IMAGENOLOGIA	9	1	21	0	12	1
GESTION DE URGENCIAS	18	4	58	4	NO PRESENTARON ROM	
GESTION AMBULATORIA	39	5	203	6	10	2
GESTION DE LABORATORIO	18	NO EVALUADO	NO EVALUADO	NO EVALUADO	NO EVALUADO	NO EVALUADO
	236	16	716	32	90	26
		6,78%		4,47%		28,9%

### RIESGOS QUE SE ENCUENTRAN EN NIVEL DE EXTREMO Y ALTO Y SE MATERIALIZARON

Total riesgos materializados (Extremos, Altos)	Proceso	Descripción del Riesgo
3	Gestión Financiera	Ausencia de costos por servicio
	Gestión de hospitalización	Caídas
	Gestión de Urgencias	Inoportunidad en estudios de imagenología

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

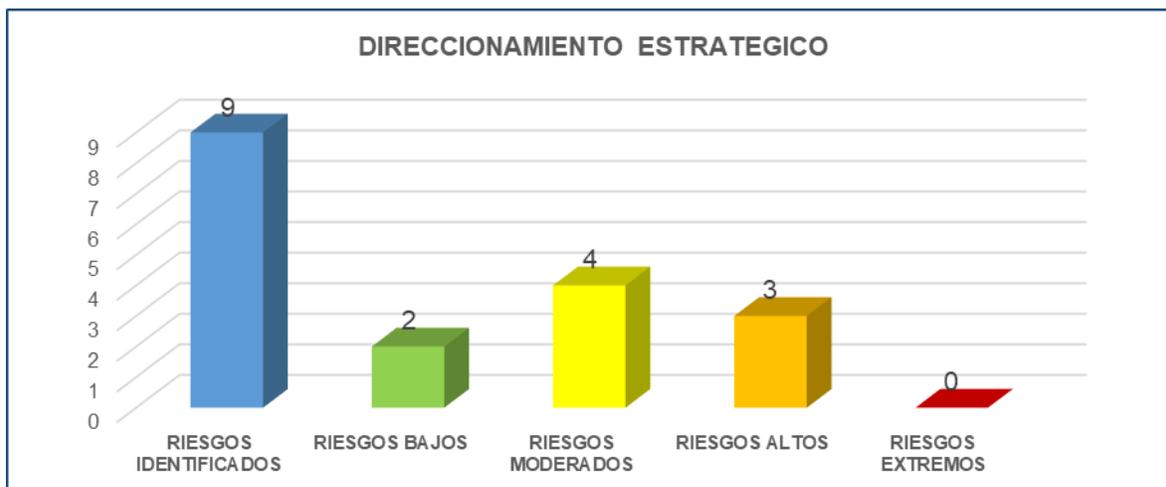
A continuación se presentan por cada uno de los procesos lo que se evidencio en el desarrollo de la auditoria.

## **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Direccinamiento Estratégico.

Riesgos identificados: 9  
 Riesgos con severidad bajo: 2  
 Riesgos con severidad moderada: 4  
 Riesgos con severidad alto: 3  
 Riesgos con severidad extremos: 0

### **RIESGOS IDENTIFICADOS**



#### **Riesgos altos y/o extremos**

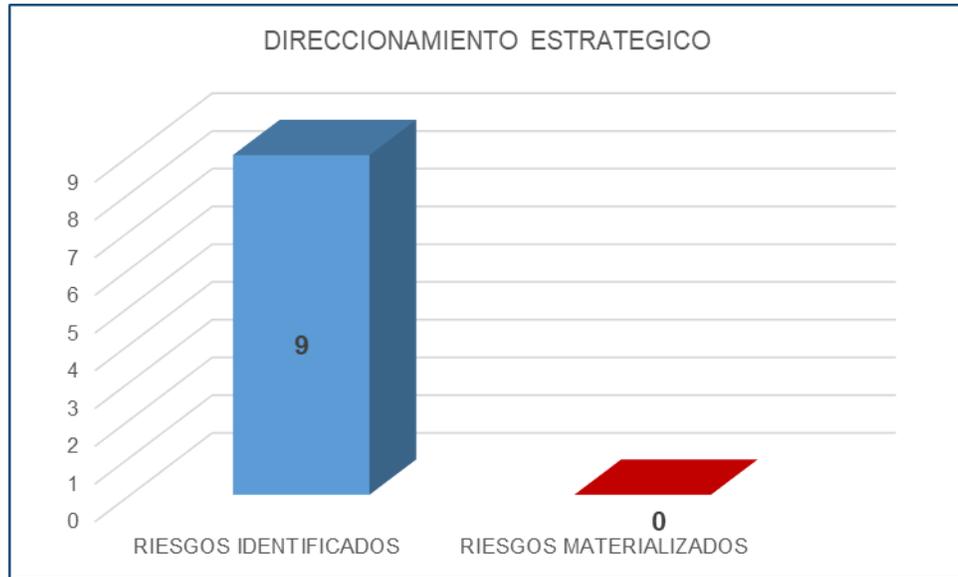
- |  |
|--|
| <i>1. Inadecuada formulación del plan de desarrollo.</i> |
| <i>2. Inadecuada formulación de metas financieras.</i>   |
| <i>3. Rendición de cuentas con información no veraz</i>  |

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 28 de mayo de 2019, se evidencio lo siguiente:

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### RIESGOS MATERIALIZADOS

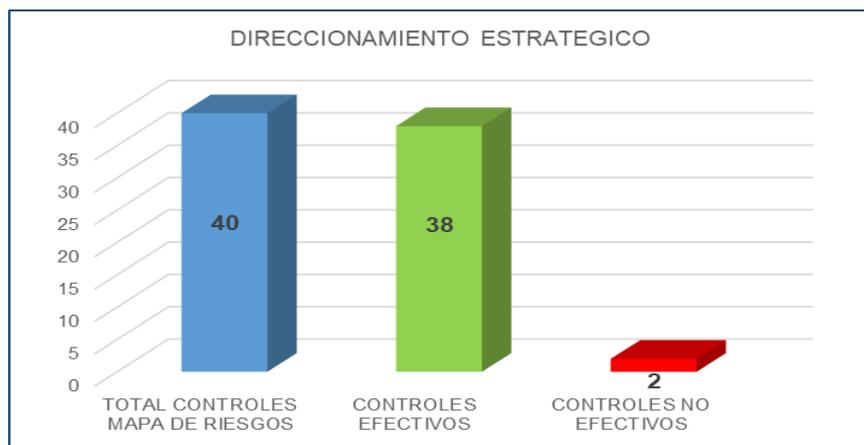
Riesgos identificados: 9  
 Riesgos materializados: 0



### EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

A continuación se presenta los controles no efectivos, los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 40  
 Controles efectivos: 38  
 Controles no efectivos: 2



	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL</b>	<b>CONTROLES NO EFECTIVOS</b>
<i>Incumplimiento de metas institucionales.</i>	1. Aplicación del plan de mejoramiento frente a las desviaciones mejoradas
<i>Incumplimiento a planes operativos anuales.</i>	
<i>Inadecuada formulación de indicadores</i>	2. Software sistemas de indicadores

### HALLAZGOS

#### **Control: Software sistemas de indicadores**

1. Se evidencia falta de registro de información en el Sistema digital para el mejoramiento de la calidad INFOMEDIC por parte de los responsables, en la revisión del sistema, se observa que la matriz de gestión y desempeño de indicadores, y reporte de Oportunidad de Mejora –ROM, análisis de causa y plan de mejoramiento, se encuentran reportados hasta el primer semestre de la vigencia 2018, excluyendo el segundo semestre del mismo 2018 y primer trimestre de 2019.

### RECOMENDACIONES

De acuerdo al riesgo relacionado con la “inadecuada formulación de los proyectos”, “Rendición de cuentas con información no veraz” y “Evaluación no objetiva al plan gerencial”, la Oficina de Control Interno recomienda, volver a realizar el análisis y evaluación de dicho riesgo y sus controles, para establecer si es o no necesario proponer acciones de tratamiento, toda vez que se evidencia que los controles existentes se encuentran mitigando el evento.

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización del riesgo identificado.

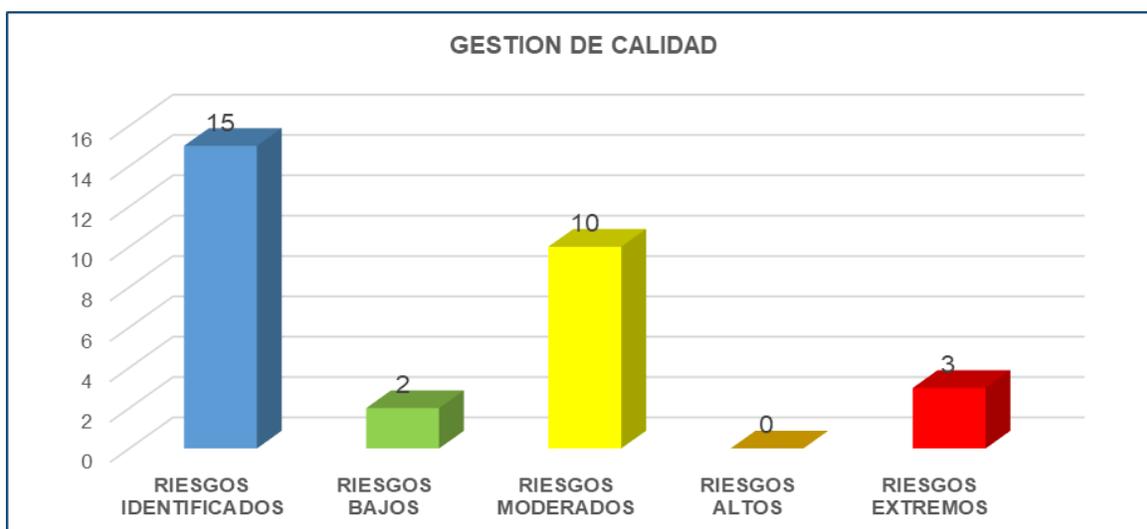
	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>			

## GESTION DE CALIDAD

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Calidad.

Riesgos identificados: 15  
 Riesgos con severidad bajo: 2  
 Riesgos con severidad moderada: 10  
 Riesgos con severidad alto: 0  
 Riesgos con severidad extremos: 3

### RIESGOS IDENTIFICADOS



#### Riesgos altos y/o extremos

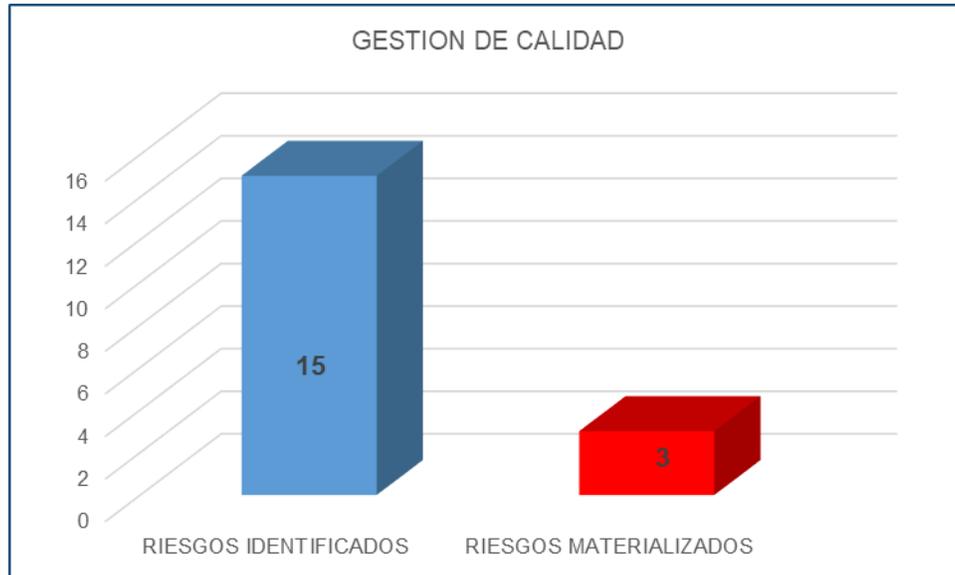
- |   |
|---|
| 1. Deficiente análisis de las salidas no conformes que afectan al usuario |
| 2. Plan de mejoramiento con actividades sin análisis de causa raíz        |
| 3. No ejecución de las acciones de mejoramiento.                          |

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el día 22 de mayo de 2019, se evidencio lo siguiente:

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	OFICINA DE CONTROL INTERNO			

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 15  
 Riesgos materializados: 3



### DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS

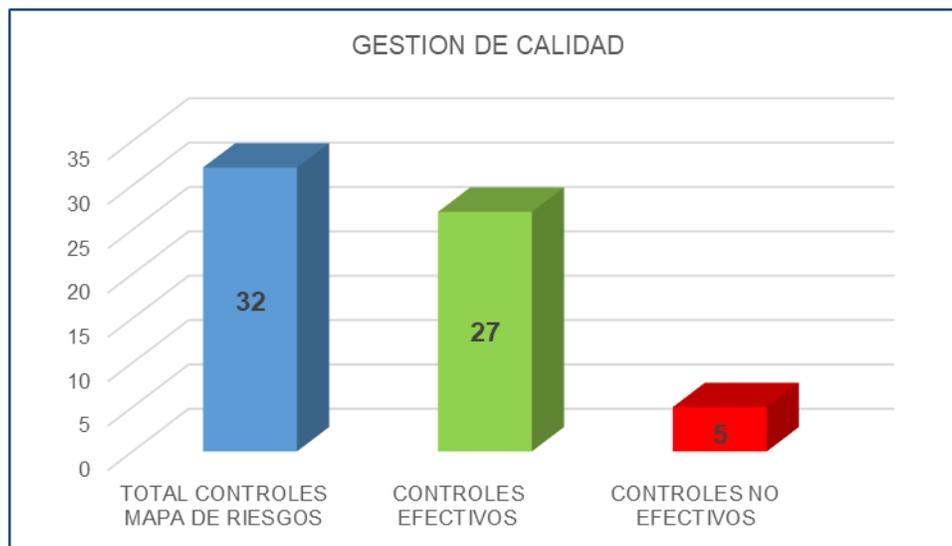
- |  |
|--|
| 1. Incumplimiento del programa de auditoria        |
| 2. Retrasos en el desarrollo de la auditoria       |
| 3. Debilidad en el reporte de salidas no conformes |

### EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 32  
 Controles efectivos: 27  
 Controles no efectivos: 5

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



#### DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

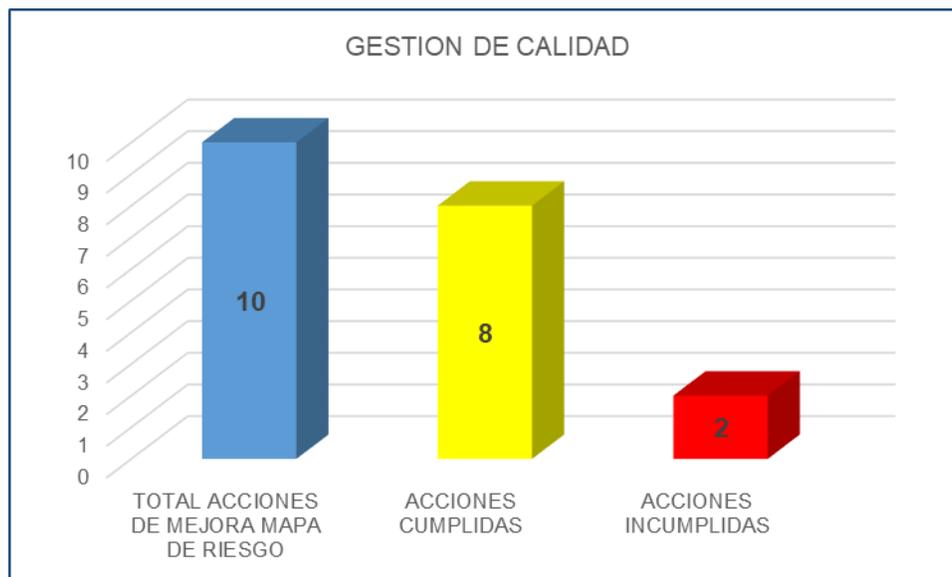
<b>RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL</b>	<b>CONTROLES NO EFECTIVOS</b>
<i>Incumplimiento del programa de auditoria.</i>	1. Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad. 2. Indicador de oportunidad.
<i>Retrasos en el desarrollo de la auditoria</i>	3. Procedimiento de auditoria para el mejoramiento de la calidad
<i>Debilidad en el reporte de salidas no conformes</i>	4. Procedimiento de salidas no conformes
<i>Planes de mejoramiento sin seguimiento a las acciones de mejoramiento</i>	5. Procedimiento de mejoramiento continuo

#### ACCIONES NO CUMPLIDAS

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 10  
 Acciones cumplidas: 8  
 Acciones incumplidas 2

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



#### DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION</b>	<b>ACCIONES INCUMPLIDAS</b>
<i>Plan de mejoramiento con actividades sin análisis de causa raíz</i>	1. Implementar el sistema digital en la Empresa.
<i>No ejecución de las acciones de mejoramiento</i>	2. Evaluar mediante indicador el cumplimiento al seguimiento a planes de Mejoramiento.

#### HALLAZGOS

##### **Control: Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad**

1. Se evidencia la materialización del riesgo “incumplimiento del programa de auditoria”, riesgo documentado en el mapa de riesgos Institucional vigencia 2018, se realizó la trazabilidad al cumplimiento de tiempos programados en la auditoria de seguimiento a PAMEC 2018, evidenciando un retraso, toda vez que dicha auditoria estaba programado hasta diciembre de 2018, y fue ejecutada el día 29 de enero de 2019.

##### **Control: Indicador de oportunidad**

2. El resultado de la medición del indicador del porcentaje de cumplimiento de oportunidad, fue reportado el primer trimestre de 2018, no se evidencia medición y reporte del segundo semestre de 2018 y vigencia 2019, información que fue revisada en el Sistema de información para el mejoramiento de la calidad INFOMEDIC.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### **Control: Procedimiento de auditoria para el mejoramiento de la calidad**

3. Se evidencia la materialización del riesgo “Retrasos en la auditoria”, riesgo documentado en el mapa de riesgos Institucional vigencia 2018, se realizó la trazabilidad al cumplimiento de tiempos programados en la auditoria de seguimiento a PAMEC 2018, evidenciando un retraso, toda vez que dicha auditoria estaba programado hasta diciembre de 2018, y fue ejecutada el día 29 de enero de 2019

### **Control: Procedimiento de salidas no conformes**

4. Se realizó la trazabilidad a la ejecución del procedimiento salidas no conformes y se encontró que: las quejas y reclamos no son registradas en el formato de reporte de oportunidades de mejora ROM, incumpliendo la actividad No 3 correspondiente a “Registrar la salida no conforme” establecida en el procedimiento GC-PD Salidas no conformes versión 6.

### **Acción: Implementar el sistema digital en la Empresa**

5. Se evidencia falta de registro de información en el sistema digital para el mejoramiento de la calidad INFOMEDIC por parte de los responsables, en la revisión del sistema, se observa que la matriz de gestión y desempeño de indicadores, y reporte de Oportunidad de Mejora –ROM -, análisis de causa y plan de mejoramiento, se encuentran reportados hasta el primer semestre de la vigencia 2018, excluyendo el segundo semestre del mismo 2018 y primer trimestre de 2019.

### **Acción: Evaluar mediante indicador el cumplimiento al seguimiento a planes de Mejoramiento.**

6. No se reporta la medición del indicador “cumplimiento al seguimiento a planes de mejoramiento” de la vigencia 2018 y primer trimestre de 2019, incumpliendo la acción No. 3 correspondiente a “Evaluar mediante indicador el cumplimiento al seguimiento a planes de Mejoramiento”, establecida para mitigar el riesgo relacionado con la no ejecución de planes de mejoramiento del mapa de riesgos de gestión de calidad vigencia 2018.

### **Control: Procedimiento de mejoramiento continuo.**

7.A la fecha de auditoria Julio de 2019, no se evidencia registro de seguimiento a planes de mejoramiento del reporte de oportunidades de mejora de la vigencia 2018 y primer trimestre de 2019, incumpliendo la actividad No 6 correspondiente a “Hacer seguimiento a las acciones de mejoramiento” establecida en el procedimiento GC-PD mejoramiento continuo v6.

## **RECOMENDACIONES**

Es importante definir tiempos para el desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento "GC-PD Auditoria para el mejoramiento de la calidad".

La Oficina de Control Interno recomienda continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización del riesgo.

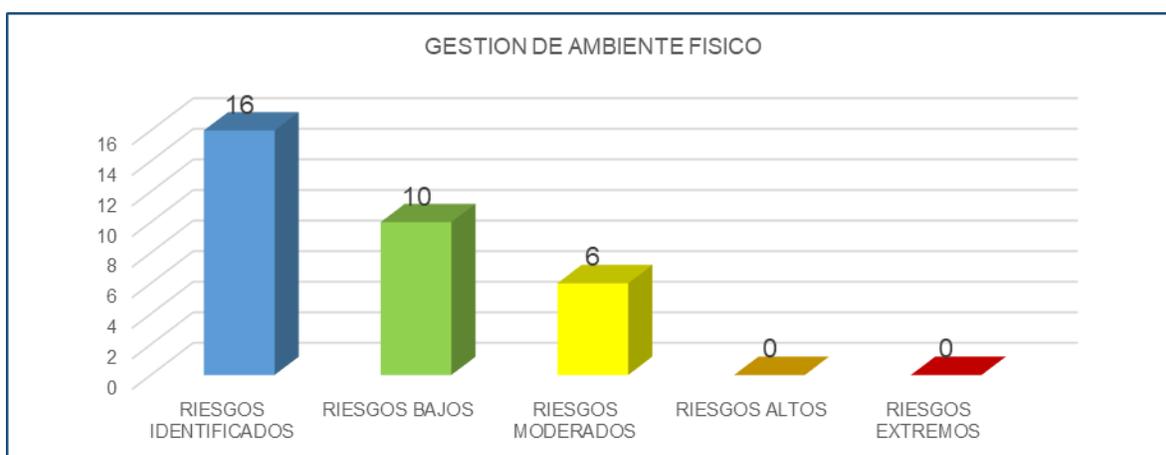
	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>			

## GESTION DE AMBIENTE FISICO

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Ambiente Físico.

Riesgos identificados: 16  
 Riesgos con severidad bajo: 10  
 Riesgos con severidad moderada: 6  
 Riesgos con severidad alto: 0  
 Riesgos con severidad extremos: 0

### RIESGOS IDENTIFICADOS

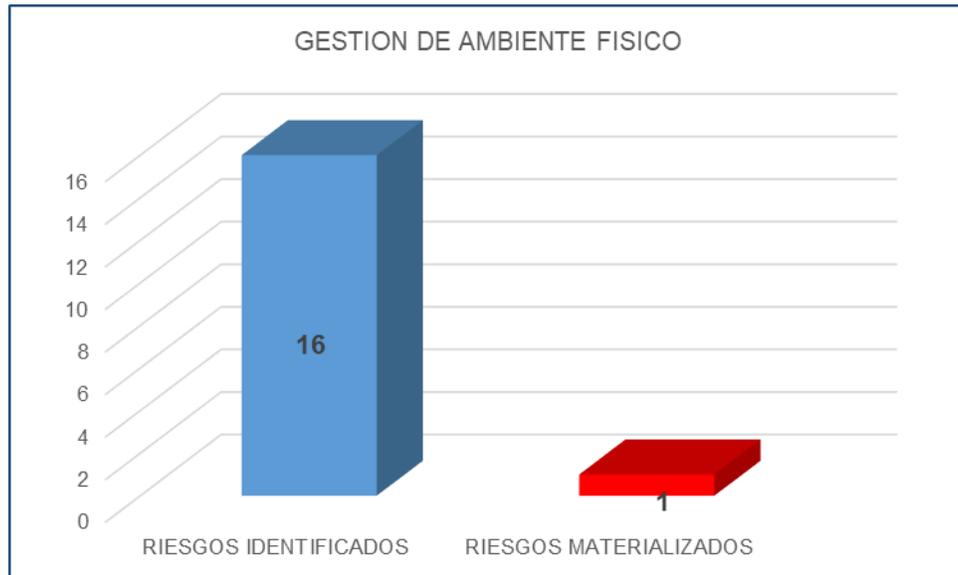


De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio:

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 16  
 Riesgos materializados: 1

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



**DESCRIPCION DEL RIESGOS MATERIALIZADOS**

*1. No aplicación del protocolo de bioseguridad*

**EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES**

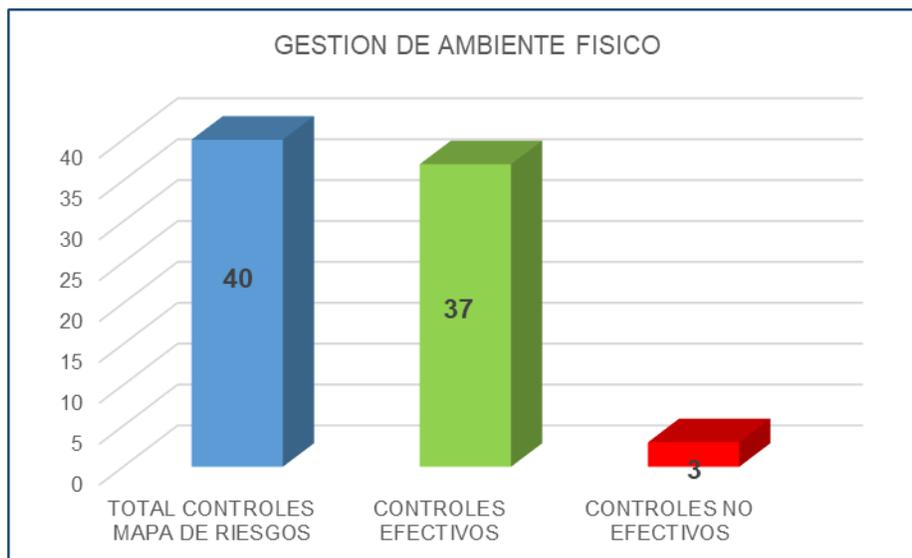
A continuación se presenta los controles no efectivos, los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 40

Controles efectivos: 37

Controles no efectivos: 3

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



#### DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

<b>RIESGO QUE MITIGA EL CONTROL</b>	<b>CONTROLES NO EFECTIVOS</b>
<i>Contratar con proveedores que no cumplen con las obligaciones contractuales.</i>	<i>1. Evaluación de proveedores</i>
<i>No tratamiento de las aguas residuales de las IPS</i>	<i>2. Contrato de mantenimiento y suministro de insumos para las plantas de tratamiento.</i>
<i>No contar con un plan empresarial de emergencias</i>	<i>3. Auditorías internas de Gestión</i>

#### HALLAZGOS

##### **Control: Evaluación de proveedores.**

1. A la fecha de la auditoria 11 de junio de 2019, se evidencia que el seguimiento a proveedores de las líneas de consumo que se consideran críticas del primer trimestre de la vigencia 2019, no se ha realizado, incumpliendo la aplicabilidad de la herramienta aprobada GAF-SP -231 "Seguimiento a proveedores" versión 6, y al artículo cuadragésimo segundo del manual interno de contratación de bienes y servicios versión 7, de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE.

##### **Control: Contrato de mantenimiento y suministro de insumos para las plantas de tratamiento.**

2. A la fecha de auditoria 17 de junio de 2019, no se evidencia la ejecución del control correspondiente a la celebración del "Contrato de mantenimiento y suministro de insumos para las plantas de tratamiento"; control que fue establecido en el mapa de riesgos del proceso ambiente físico, vigencia 2018.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### **Control: Auditorías internas de Gestión**

3. No se evidencia la realización de auditorías internas de gestión, al plan empresarial de emergencias vigencia 2018 y vigencia 2019, incumpliendo el control No 4, establecido en el del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018, relacionado con "auditorías internas de gestión".

### **Riesgo: No aplicación del protocolo de bioseguridad**

4. Se evidencia la materialización del riesgo "No aplicación del protocolo de bioseguridad", riesgo documentado en el mapa de riesgos Institucional vigencia 2018, se verifico los reportes de accidentes de trabajo de la vigencia 2019, evidenciando 9 accidentes presentados.

Evidencias:

Ángela Patricia Erazo, accidente ocurrido el día 20 -02-2019.  
 Ángela Viviana Franco, accidente ocurrido el día 26 -04-2019.  
 Janeth Arias, accidente ocurrido el día 10 -01-2019.  
 Javier Buchelli Diago, accidente ocurrido el día 23 -03-2019.  
 Jorge Bonilla Mora, accidente ocurrido el día 01 -02-2019.  
 Jorge Leonardo Burbano, accidente ocurrido el día 20 -05-2019.  
 Leidy Alejandra toro Cerón, accidente ocurrido el día 01 -05-2019.  
 Martha Timana, accidente ocurrido el día 17 -02-2019.  
 Mónica Andrea Benavidez accidente ocurrido el día 14 -04-2019.

### **RECOMENDACIONES**

Realizar el informe de la aplicabilidad de las listas de chequeo en seguridad realizadas en el segundo semestre de 2018.

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización del riesgo identificado.

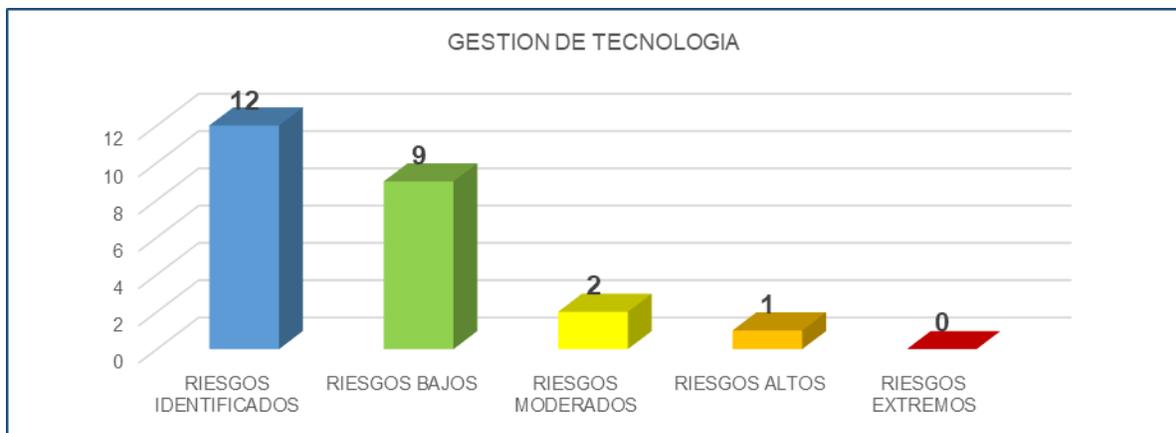
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

## GESTION DE TECNOLOGIA

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Tecnología.

Riesgos identificados: 12  
 Riesgos con severidad bajo: 9  
 Riesgos con severidad moderada: 2  
 Riesgos con severidad alto: 1  
 Riesgos con severidad extremos: 0

## RIESGOS IDENTIFICADOS



### Riesgos altos y/o extremos

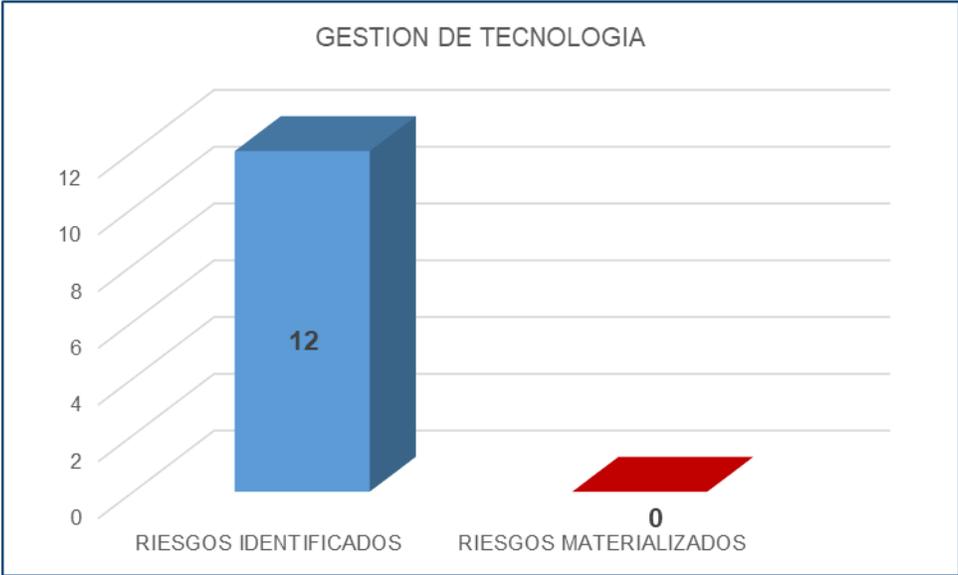
*1. Incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de las Empresas contratistas de mantenimiento y calibración*

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 26 de junio y 12 de julio de 2019 se evidencio:

## RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 12  
 Riesgos materializados: 0

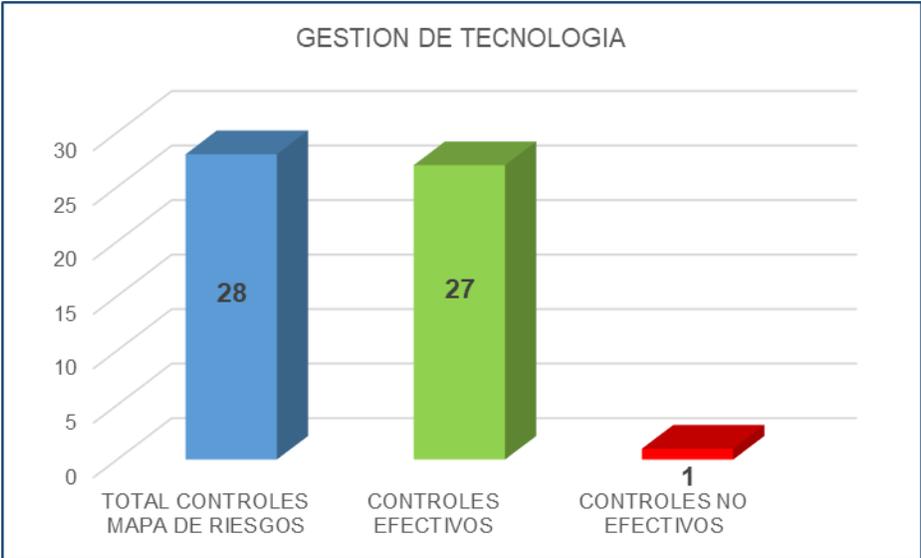
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



**EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES**

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 28  
 Controles efectivos: 27  
 Controles no efectivos: 1



	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

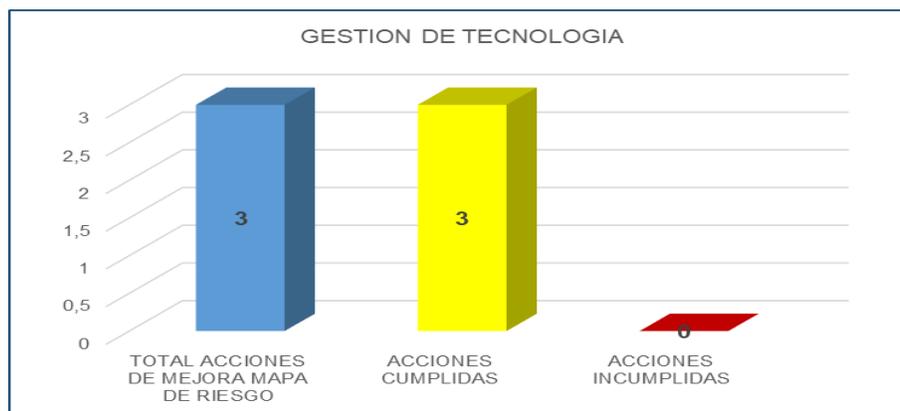
### DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL</b>	<b>CONTROLES NO EFECTIVOS</b>
<i>Contratar con proveedores que no cumplen con las obligaciones contractuales.</i>	<i>1.Evaluación de proveedores</i>

### ACCIONES NO CUMPLIDAS

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad alto.

Total de acciones: 3  
 Acciones cumplidas: 3  
 Acciones incumplidas: 0



### HALLAZGOS

#### **Control: Evaluación de proveedores**

1. A la fecha de la auditoria 11 de junio de 2019, se evidencia que el seguimiento a proveedores de las líneas de consumo que se consideran críticas (mantenimiento de equipos biomédicos. del primer trimestre de la vigencia 2019, no se ha realizado, incumpliendo la aplicabilidad de la herramienta aprobada GAF-SP -231 "Seguimiento a proveedores" versión 6 y al artículo cuadragésimo segundo, del manual interno de contratación de bienes y servicios versión 7 de la Empresa.

### RECOMENDACIONES

Es necesario alimentar la totalidad del diagnóstico físico y funcional de la Tecnología de la Empresa.

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles y acciones para evitar la materialización del riesgo identificado.

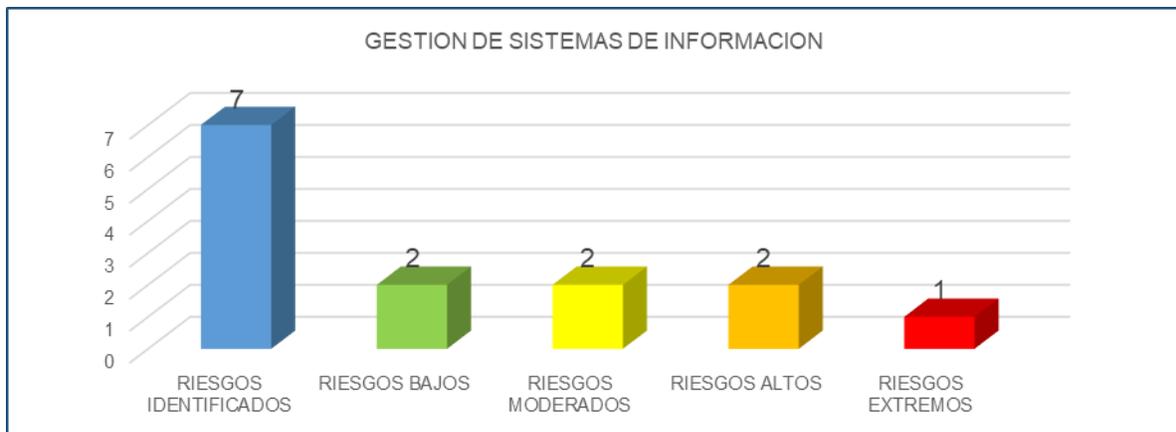
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

## GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Sistemas de Información.

Riesgos identificados: 7  
 Riesgos con severidad bajo: 2  
 Riesgos con severidad moderada: 2  
 Riesgos con severidad alto: 2  
 Riesgos con severidad extremos: 1

### RIESGOS IDENTIFICADOS



#### Riesgos altos y/o extremos

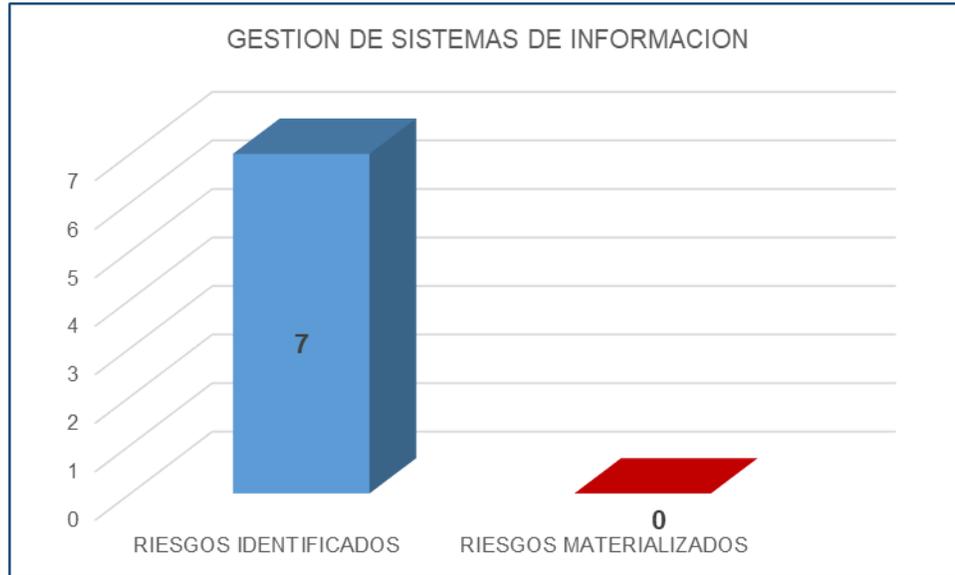
- |   |
|---|
| 1. <i>Inoportunidad en el reporte y entrega de informes a Entidades</i> |
| 2. <i>Documentos no Controlados</i>                                     |
| 3. <i>Deterioro de los documentos</i>                                   |

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 28 de mayo de 2019, se evidencio:

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 7  
 Riesgos materializados: 0

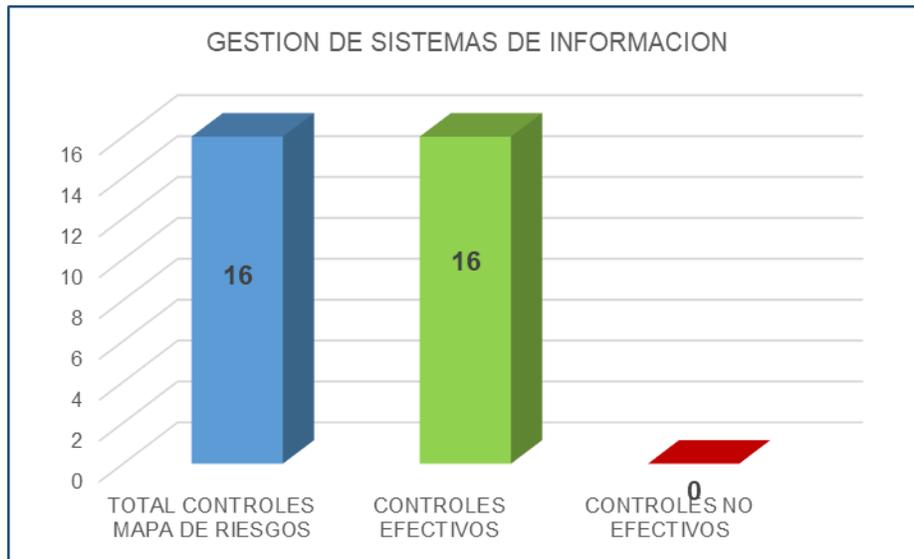
VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058



**EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES**

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 16  
 Controles efectivos: 16  
 Controles no efectivos: 0



	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>			

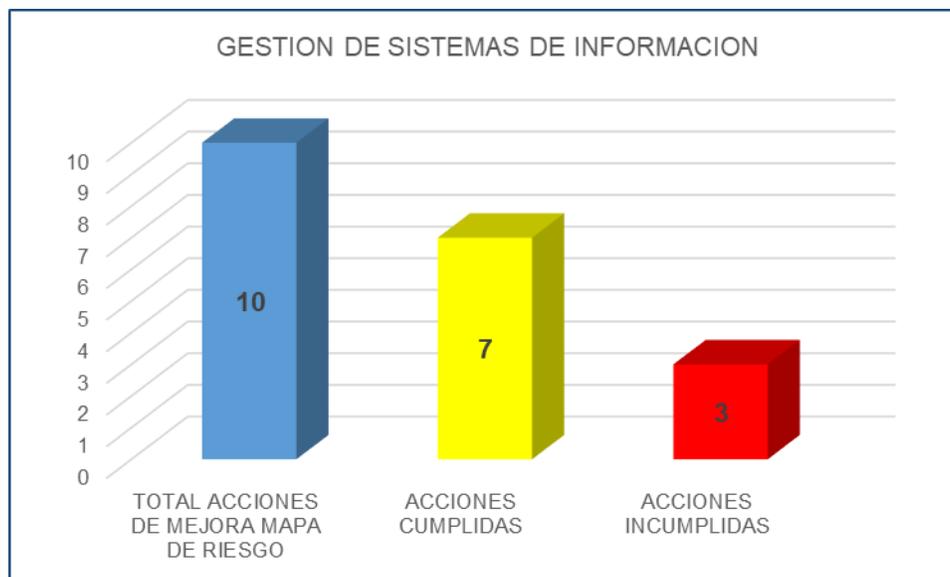
### ACCIONES NO CUMPLIDAS

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 10

Acciones cumplidas: 7

Acciones incumplidas: 3



### DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION</b>	<b>ACCIONES INCUMPLIDAS</b>
<i>Inoportunidad en el reporte y entrega de informes a Entidades</i>	<i>1.Seguimiento al Plan general de informes</i>
<i>Deterioro de los documentos</i>	<i>2.Adecuación de un espacio físico en la sede administrativa que cumpla con las normas archivísticas</i>
<i>Deterioro de los documentos</i>	<i>3.Traslado del archivo central a la Sede Administrativa de Pasto Salud</i>

### HALLAZGOS

#### Acción: Seguimiento al Plan general de informes

1. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente al “seguimiento del plan general de informes” a través de la ejecución de una auditoria por parte de la Oficina de Control Interno, incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

“inoportunidad en el reporte y entrega de informes a Entidades”, del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

**Acción: Adecuación de un espacio físico en la sede administrativa que cumpla con las normas archivísticas**

2. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a la "Adecuación de un espacio físico en la sede administrativa que cumpla con las normas archivísticas" incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Deterioro de los documentos", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

**Acción: Traslado del archivo central a la Sede Administrativa de Pasto Salud.**

3. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a la "Adecuación de un espacio físico en la sede administrativa que cumpla con las normas archivísticas" incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Deterioro de los documentos", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

### RECOMENDACIONES

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles y acciones para evitar la materialización de los riesgos.

Es necesario reevaluar los riesgos identificados, con las acciones de tratamiento que fueron cumplidas, toda vez que dichas acciones convierten en controles existentes.

- Riesgo: Destrucción y/o pérdida de los activos de información (Físicos, Digitales y Electrónicos).
- Riesgo: Documentos no controlados.

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>			

## **GESTION DEL TALENTO HUMANO**

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión del Talento Humano.

Riesgos identificados: 12  
 Riesgos con severidad bajo: 6  
 Riesgos con severidad moderada: 5  
 Riesgos con severidad alto: 1  
 Riesgos con severidad extremos: 0

### **RIESGOS IDENTIFICADOS**



#### **Riesgos altos y/o extremos**

*1. Falsedad en los documentos soportes para vinculación.*

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 10 de junio de 2019, se evidencio lo siguiente:

### **RIESGOS MATERIALIZADOS**

Riesgos identificados: 12  
 Riesgos materializados: 0

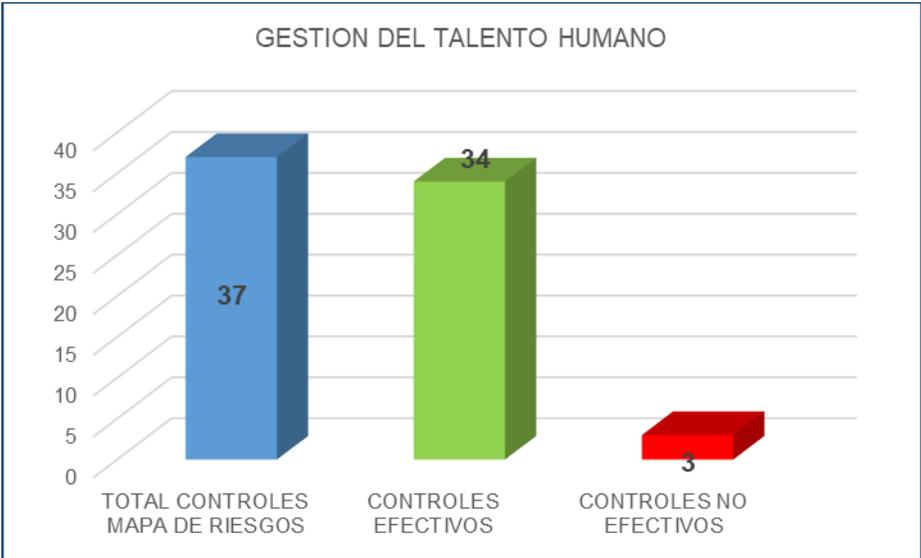
	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



**EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES**

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 37  
 Controles efectivos: 34  
 Controles no efectivos: 3



	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>			

### DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL</b>	<b>CONTROLES NO EFECTIVOS</b>
<i>Perdida de información de las historias laborales.</i>	1. Foliación de historias laborales
<i>Fallas en el desempeño del cargo.</i>	2. Aplicación del procedimiento de inducción y reinducción.
<i>Fallas en el desempeño del cargo.</i>	3. Seguimiento de la efectividad de las capacitaciones
<i>Que el plan de capacitación no satisfaga las necesidades de capacitación”</i>	

### ACCIONES NO CUMPLIDAS

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 3  
 Acciones cumplidas: 1  
 Acciones incumplidas 2



	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

## DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION</b>	<b>ACCIONES INCUMPLIDAS</b>
<i>Falsedad en los documentos soportes para vinculación.</i>	<p><i>Acción 1. Levantar instrumento para verificación de hojas de vida.</i></p> <p><i>Acción 2. Aplicar el formato para verificación por muestreo de hojas de vida.</i></p>

## HALLAZGOS

### **Acción: Levantar instrumento para verificación de hojas de vida**

1. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a " Levantar instrumento para verificación de hojas de vida" incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con " Falsedad en los documentos soportes para vinculación", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

### **Acción: Aplicar el formato para verificación por muestreo de hojas de vida**

2. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a " Aplicar el formato para verificación por muestreo de hojas de vida", incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con " Falsedad en los documentos soportes para vinculación", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

### **Control: Foliación de historias laborales**

3. No se evidencia la foliación de la totalidad de las historias laborales de los funcionarios vinculados a la Empresa, incumpliendo el control No 1, correspondiente a "Foliación de historias laborales" establecido en el mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

Se verifico la foliación de historias laborales de los siguientes funcionarios:

Nora Cecilia Espinosa Pérez, la historia laboral no se encuentra foliada.

Martha Teresa Muñoz Erazo, en la historia laboral, se encuentran relacionados 30 folios.

Historias laborales de la planta temporal son 382, de las cuales no se encuentran foliadas (dato reportado por el Jefe de Talento Humano).

### **Control: Aplicación del procedimiento de inducción y reintucción**

4. No se evidencia inducción y reintucción especifica ni general de los siguientes funcionarios posicionados en la vigencia 2019:

Nora Cecilia Espinosa Pérez - Subgerente de Salud e Investigación, Leonardo Marcial Fernández - Profesional Universitario Biomédico, José Luis Ocampo- Jefe Oficina Asesora Jurídica, incumpliendo la actividad No 3, correspondiente a "ejecutar la temática de inducción o reintucción" establecida en el procedimiento GTH-PD37 inducción y reintucción.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### **Control: Seguimiento de la efectividad de las capacitaciones**

5. No se ejecuta el control relacionado con el “seguimiento de la efectividad de las capacitaciones” control que se encuentra establecido para evitar el riesgo relacionado con “fallas en el desempeño del cargo” Que el plan de capacitación no satisfaga las necesidades de capacitación” del mapa de riesgos Institucional, vigencia 2018.

### **RECOMENDACIONES**

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles y cumplir con las acciones propuestas para evitar la materialización del riesgo identificado.

Es necesario reevaluar los riesgos identificados, con las acciones de tratamiento que fueron cumplidas, toda vez que dichas acciones convierten en controles existentes.

Riesgo: Demoras en la liquidación y pago de aportes a seguridad social.

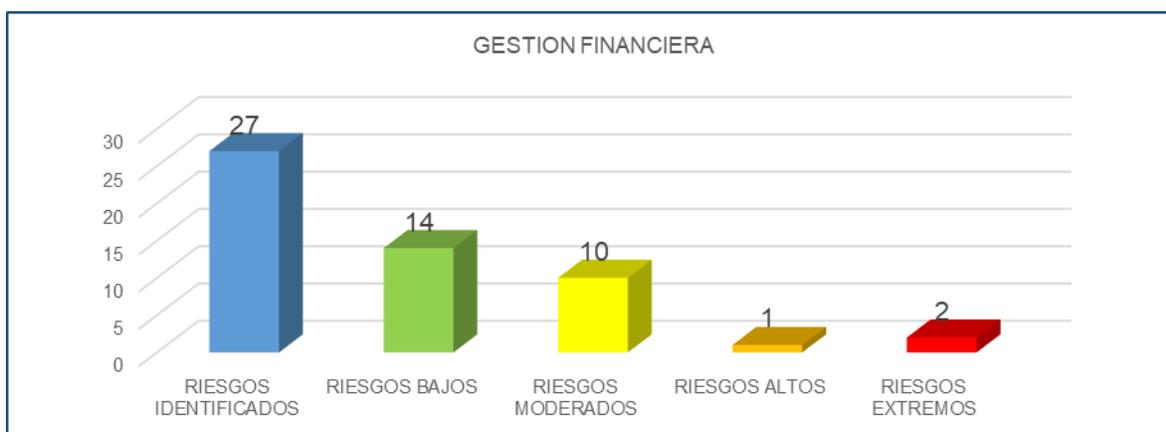
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	OFICINA DE CONTROL INTERNO			

## GESTION FINANCIERA

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión Financiera.

Riesgos identificados: 27  
 Riesgos con severidad bajo: 14  
 Riesgos con severidad moderada: 10  
 Riesgos con severidad alto: 1  
 Riesgos con severidad extremos: 2

### RIESGOS IDENTIFICADOS



#### Riesgos altos y/o extremos

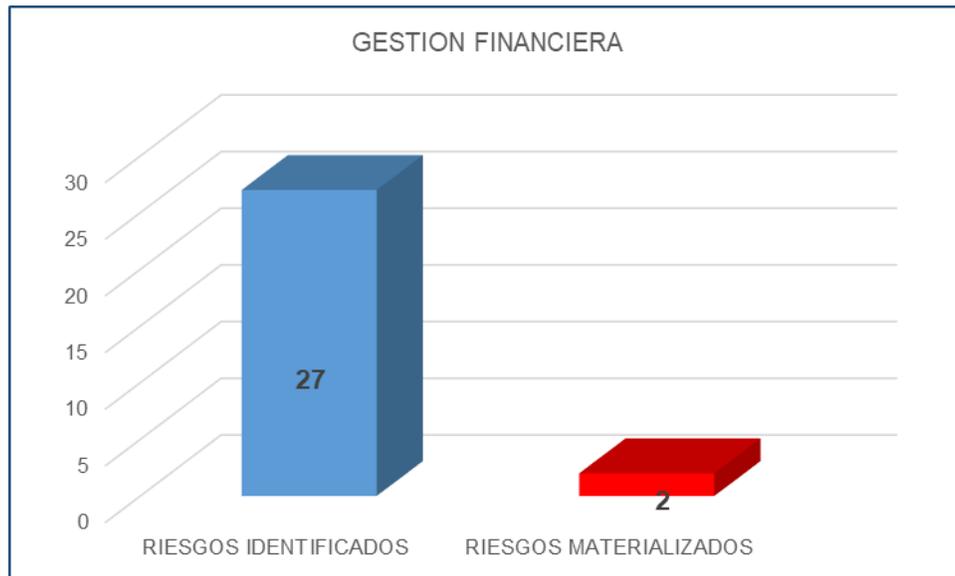
- |  |
|--|
| 1. Ausencia de información de costos por servicio.                           |
| 2. No presentación o presentación inoportuna de las cuentas de cobro.        |
| 3. Inoportunidad en la entrega de la respuesta a glosas a las diferentes ERP |

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 18 de junio de 2019, se evidencio lo siguiente:

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 27  
 Riesgos materializados: 2



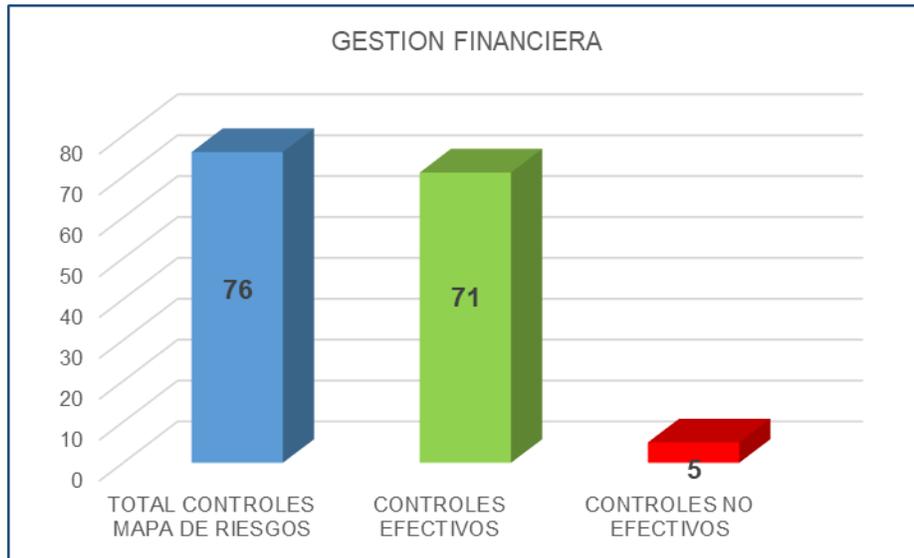
#### DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS

1. Ausencia de información de costos por servicio
2. No facturación del servicio prestado

#### EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 76  
 Controles efectivos: 71  
 Controles no efectivos: 5



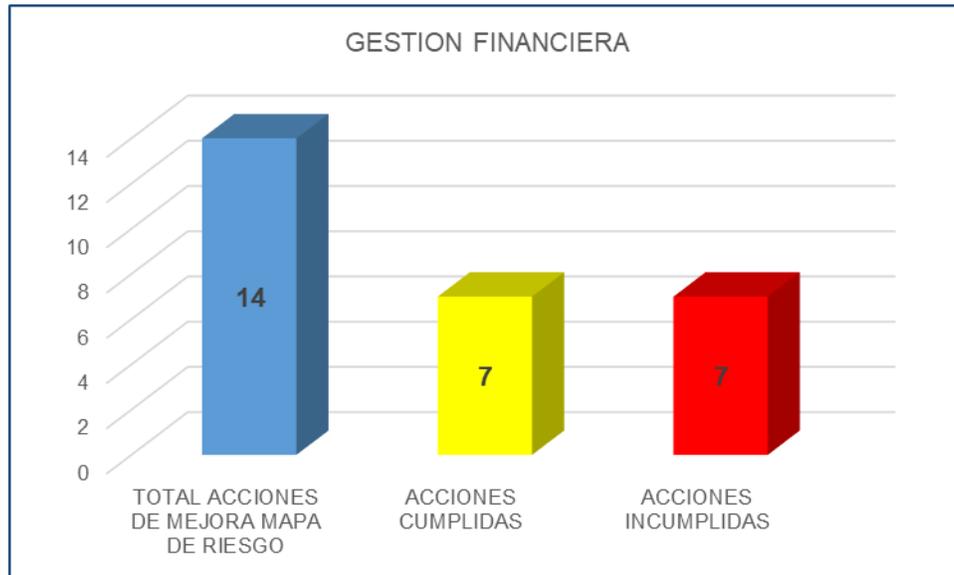
#### DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Desequilibrio presupuestal.</i>	1. Gestión de recaudo en cartera
<i>Fallas en la gestión de cartera.</i>	2: Depuración de cartera con la Entidades responsables de pago
<i>No facturación del servicio prestado</i>	3 Auditorias y seguimiento a la facturación efectiva
<i>Falla en la facturación del servicio prestado</i>	4.Aplicación del procedimiento de seguimiento a la facturación previo a la radicación de cuentas
<i>Inoportunidad en la entrega de la respuesta a glosas a las diferentes ERP</i>	5.Procedimiento de análisis y seguimiento a glosas

#### ACCIONES NO CUMPLIDAS

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 14  
Acciones cumplidas: 7  
Acciones incumplidas 7



**DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS**

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION</b>	<b>ACCIONES INCUMPLIDAS</b>
Ausencia de información de costos por servicio. Informes mensuales de costos no confiables y sin incorporar a la Contabilidad	1. Conformar un grupo interdisciplinario para elaborar y presentar un plan de trabajo tendiente a la estructuración de un sistema de costos por servicio.
Ausencia de información de costos por servicio. Informes mensuales de costos no confiables y sin incorporar a la Contabilidad	
Ausencia de información de costos por servicio. Informes mensuales de costos no confiables y sin incorporar a la Contabilidad	2. Ejecutar el plan de trabajo definido.
Ausencia de información de costos por servicio. Informes mensuales de costos no confiables y sin incorporar a la Contabilidad	
Falla en la facturación del servicio prestado	3. Adquisición del software para Sistematización de la estructura de costos.
Falla en la facturación del servicio prestado	
Falla en la facturación del servicio prestado	4. Gestionar la aprobación del procedimiento de elaboración de informes de costos
Falla en la facturación del servicio prestado	
Falla en la facturación del servicio prestado	5. Capacitaciones periódicas en temas de facturación y contratos con las diferentes EPS o aseguradoras
Falla en la facturación del servicio prestado	
Falla en la facturación del servicio prestado	6. Verificación del procedimiento de seguimiento a la facturación previo a

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

	<i>la radicación de cuentas por parte de la Oficina de Control Interno</i>
<i>No presentación o presentación inoportuna de las cuentas de cobro.</i>	<i>7. Seguimiento a la aplicación del procedimiento de facturación</i>

## HALLAZGOS

### **Control: Gestión de recaudo en cartera, depuración de cartera con las Entidades responsables de pago.**

1. El área de cartera, no cuenta con un manual con el debido respaldo de un hecho administrativo que lo certifique como tal. Que la Ley 1066 de 2006, por medio de la cual se dictan normas para la normalización de la cartera pública y se dictan otras disposiciones y particularmente, a la obligatoriedad de la adopción de los reglamentos internos de recaudo de cartera para todas las entidades de derecho público que de manera permanente tengan a su cargo el ejercicio de las actividades y funciones administrativas o la prestación de servicios del Estado, la Empresa Social del Estado debe contar con un reglamento o manual interno de recaudo de cartera y tratamiento de glosas, atendiendo el Artículo 1º del decreto reglamentario 4473 de 2006, deberá ser expedido a través de normatividad de carácter general, en el orden nacional y territorial por los representantes legales de cada entidad.

2. El área de cartera, no cuenta con un procedimiento actualizado para el proceso, así como la actualización de guías y formatos, donde se blinden los diferentes riesgos que puedan presentarse por la incertidumbre, que proviene del hecho de que no se puede saber exactamente lo que sucederá en el futuro, en nuestro caso con las empresas a las cuales les prestamos nuestros servicios.

3. No existe una buena comunicación y cruce de información, entre cartera y la oficina de auditoría médica, para realizar los ajustes que se realicen por glosas aceptadas o pagos realizados por las EPS, por lo cual debe existir coordinación y oportunidad en la actualización de la información y las respuestas que se den a las glosas realizadas, con el fin de contar con una cartera depurada y actualizada.

4. No se cuenta con soportes de facturación y radicación, así como de glosas aceptadas, de cartera de los años 2006 hasta 2012 y que legalmente se encuentran prescritas.

### **Riesgo materializado:**

5. Se evidencia la materialización del riesgo ausencia de información de costos por servicio, toda vez que no tiene establecidas actividades de control existentes y no se cumplen las acciones propuestas en el mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

### **Acción: Conformar un grupo interdisciplinario para elaborar y presentar un plan de trabajo tendiente a la estructuración de un sistema de costos por servicio.**

6. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a "Conformar un grupo interdisciplinario para elaborar y presentar un plan de trabajo tendiente a la estructuración de un sistema de costos por servicio". Incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

riesgo relacionado con “Ausencia de información de costos por servicio”, del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

**Acción: Ejecutar el plan de trabajo definido.**

7. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a "Ejecutar el plan de trabajo definido", incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con “Ausencia de información de costos por servicio”, del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

**Acción: Adquisición de un software para sistematización de la estructura de costos**

8. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a "Adquisición del software para sistematización de la estructura de costos.", incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con “Ausencia de información de costos por servicio”, del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

**Acción: Gestionar la aprobación del procedimiento de elaboración de informe de costos**

9. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a "Gestionar la aprobación del procedimiento de elaboración de informes de costos", incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con “Informes mensuales de costos no confiables y sin incorporar a la Contabilidad ”, del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

**Control: Auditoria y seguimiento a la facturación efectiva**

10. En la realización del seguimiento a la facturación previo a las cuentas de cobro, los cajeros envían al Profesional Universitario de Facturación, el reporte del informe semanal de seguimiento a facturación, (formato con código GF-ISF), se reporta información relacionada con facturas revisadas, facturas con errores, IPS con errores, acciones de mejora, observaciones de seguimiento y cajero responsable.

De acuerdo a lo anterior, se evidencia fallas en el reporte de seguimiento a la facturación previo a las cuentas de cobro, toda vez que se realizó revisión del informe semanal de seguimiento a facturación del mes de noviembre de 2018 de la Red Sur e informe del mes de febrero de 2019 de la Red Occidente, observando que dichos reportes no cuentan con acciones de mejora, incumpliendo la aplicabilidad de la herramienta “GF-ISF” y la actividad No.3 correspondiente a “revisar facturas” establecida en el procedimiento, “auditoria previa a la presentación de cuentas de cobro”.

**Acción: capacitaciones periódicas en temas de facturación y contrato con las diferentes EPS o aseguradoras**

11. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a "Realizar Capacitaciones periódicas en temas de facturación y contratos con las diferentes EPS o aseguradoras, incumpliendo, la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con “Falla en la facturación del servicio prestado”, del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

**Acción: Verificación del procedimiento de seguimiento a la facturación previo a la radicación de cuentas por parte de la Oficina de Control Interno**

12. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a " Verificación del procedimiento de seguimiento a la facturación previo a la radicación de cuentas por parte de la Oficina de Control Interno "incumpliendo, la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Falla en la facturación del servicio prestado", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

**Acción: Seguimiento a la aplicación del procedimiento de facturación**

13. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a " Seguimiento a la aplicación del procedimiento de facturación" a través de un formato de seguimiento, incumpliendo, la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "No presentación o presentación inoportuna de las cuentas de cobro", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

**Materialización del riesgo:**

14. Se evidencia materialización del riesgo "No facturación del servicio prestado" toda vez que mediante oficio 551-4745 del 30 de abril de 2019, emitido por la Directora operativa de la red Norte, informa que cruzando las bases de facturación y la bitácora de ambulancias, se evidencia que existen registros (relacionados en el oficio mencionado) que no fueron cobrados a la respectiva aseguradora.

**Control: Aplicación del procedimiento de seguimiento a la facturación previo a la radicación de cuentas**

15. Se evidencia falla en la aplicabilidad del procedimiento "seguimiento a la facturación previo a la radicación de cuentas", toda vez que mediante oficio 541.3 del 31 de julio de 2019, se informa que en el mes de julio no se reporta informe semanal de seguimiento a la facturación, los informes de acciones de mejora presentados a finales de marzo no están siendo efectivas ya que son repetitivos.

**Control: Procedimiento de análisis y seguimiento a glosas**

16. Se evidencia fallas en oportunidad en la entrega de la respuesta a glosas a las diferentes ERP de acuerdo al procedimiento "análisis y seguimiento de glosas" versión 5.0, se realizó trazabilidad al trámite de glosa de SANITAS (factura 8384083), evidenciando que se radico el día 9 de mayo y fue contestada el día 4 de junio, sobrepasando los 15 días hábiles definidos en el artículo 23 del decreto 4747 de 2007

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

## RECOMENDACIONES

Es importante realizar capacitación a cajeros de la Red Occidente y red Sur, en temas de facturación y manejo de los sistemas de información.

Es importante actualizar el riesgo identificado relacionado con “inoportunidad en la entrega de la respuesta a glosas” a las diferentes ERP, toda vez que el control denominado "contratos vigentes" no mitiga o controla el riesgo en mencionado.

Diseñar acciones de mejoramiento al riesgo relacionado con Inoportunidad en la entrega de la respuesta a glosas a las diferentes ERP, toda vez que su nivel de severidad después de controles es extremo, por lo tanto es necesario la formulación de acciones que permitan mitigar el riesgo identificado.

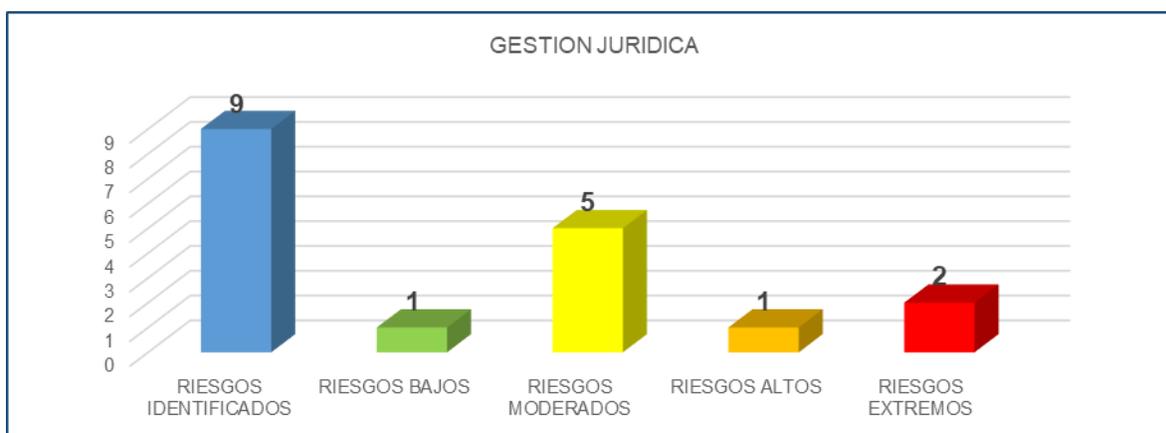
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

## GESTION JURIDICA

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión Jurídica.

Riesgos identificados: 9  
 Riesgos con severidad bajo: 1  
 Riesgos con severidad moderada: 5  
 Riesgos con severidad alto: 1  
 Riesgos con severidad extremos: 2

### RIESGOS IDENTIFICADOS



#### Riesgos altos y/o extremos

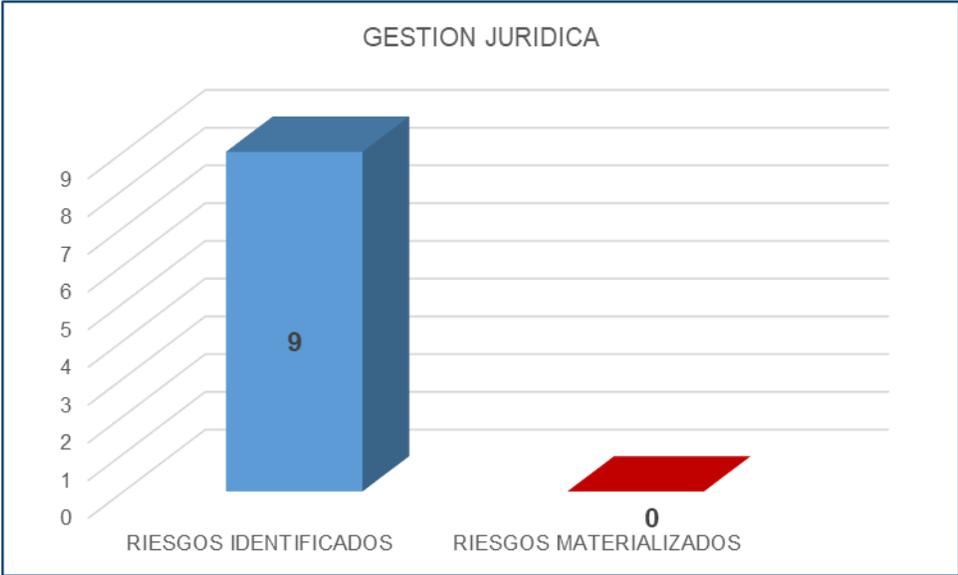
1. Demoras en el proceso de contratación de bienes y servicios.
2. Suscribir un contrato sin verificar que la documentación necesaria este completa.
3. Inoportunidad en la liquidación del contrato cuando existe diferencias entre la Entidad y el contratista.

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 13 de junio de 2019, se evidencio lo siguiente:

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 9  
 Riesgos materializados: 0

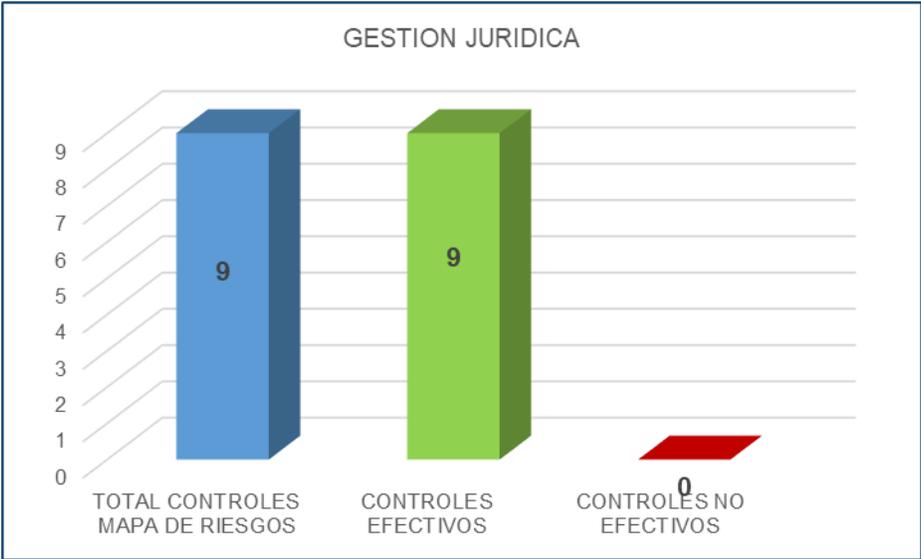
	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



**EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES**

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 9  
 Controles efectivos: 9  
 Controles no efectivos: 0



	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>			

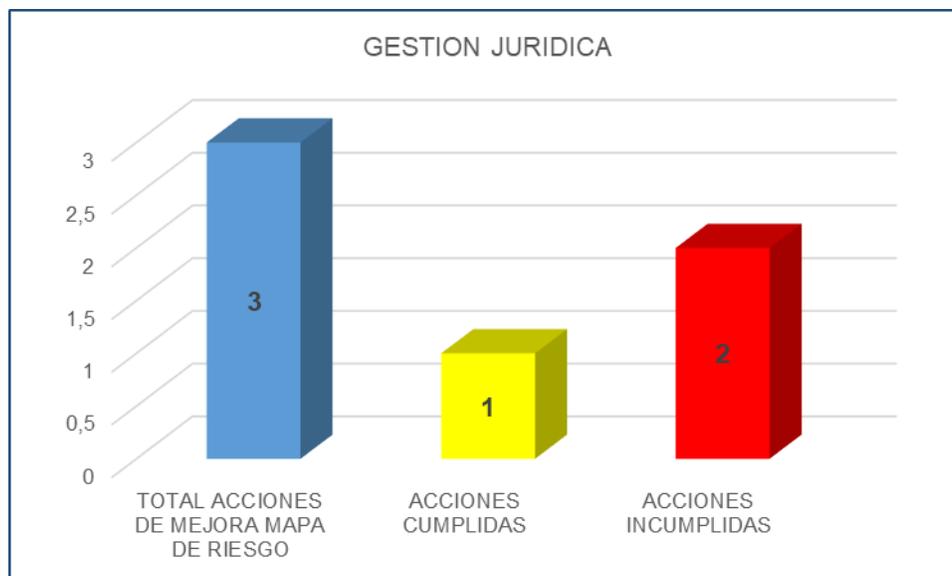
### ACCIONES NO CUMPLIDAS

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 3

Acciones cumplidas: 1

Acciones incumplidas 2



### DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION</b>	<b>ACCIONES INCUMPLIDAS</b>
<i>Suscribir un contrato sin verificar que la documentación necesaria este completa.</i>	<i>1: Estandarizar una lista de chequeo para revisión de documentos para suscripción de contratos.</i>
<i>Inoportunidad en la liquidación del contrato cuando existe diferencias entre la Entidad y el contratista.</i>	<i>2. Realizar capacitación a los supervisores e interventores sobre liquidación de contratos</i>

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

## HALLAZGOS

**Acción: Estandarizar una lista de chequeo para revisión de documentos para suscripción de contratos.**

1. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a "Estandarizar una lista de chequeo para revisión de documentos para suscripción de contratos.", incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con " Suscribir un contrato sin verificar que la documentación necesaria este completa ", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

**Acción: Realizar capacitación a los supervisores e interventores sobre liquidación de contratos**

2. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a " Realizar capacitación a los supervisores e interventores sobre liquidación de contratos" incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "inoportunidad en la liquidación del contrato cuando existe diferencias entre la Entidad y el contratista", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018

## RECOMENDACIONES

Es necesario reevaluar los riesgos identificados, con las acciones de tratamiento que fueron cumplidas, toda vez que dichas acciones convierten en controles existentes.

- Riesgo: Extravió o pérdida de información de documentos soportes del contrato

Realizar acciones de tratamiento a los riesgos que se encuentran sin actividades de control:

- Riesgo: Emisión de conceptos jurídicos errados e inexactos.
- Riesgo: Contestación de derechos de petición, tutelas, reclamaciones administrativas fuera del término legal.

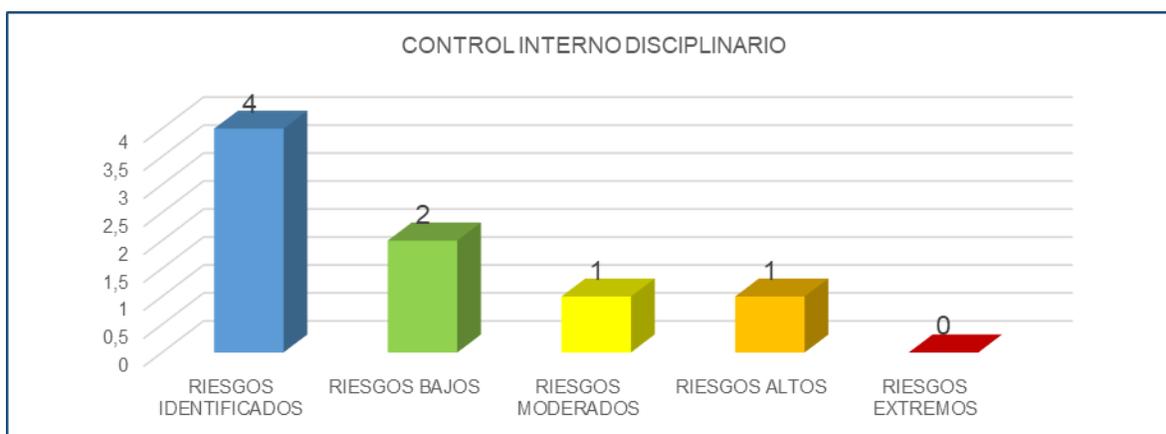
	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>			

## CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

A continuación se presenta los riesgos identificados en Control Interno Disciplinario.

Riesgos identificados: 4  
 Riesgos con severidad bajo: 2  
 Riesgos con severidad moderada: 1  
 Riesgos con severidad alto: 1  
 Riesgos con severidad extremos: 0

### RIESGOS IDENTIFICADOS



### Riesgos altos y/o extremos

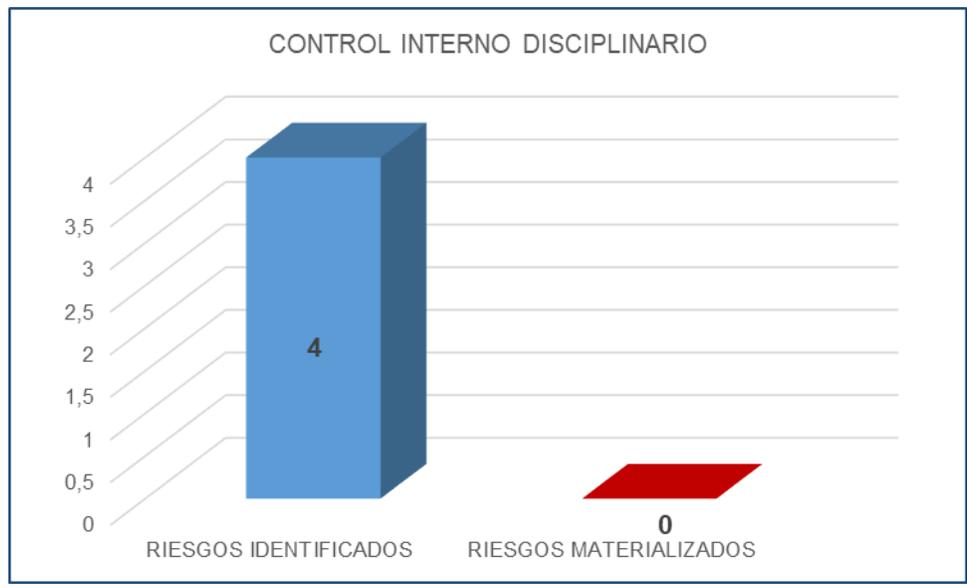
1. *Perdida del expediente disciplinario.*

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 19 de junio de 2019, se evidencio lo siguiente:

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 4  
 Riesgos materializados: 0

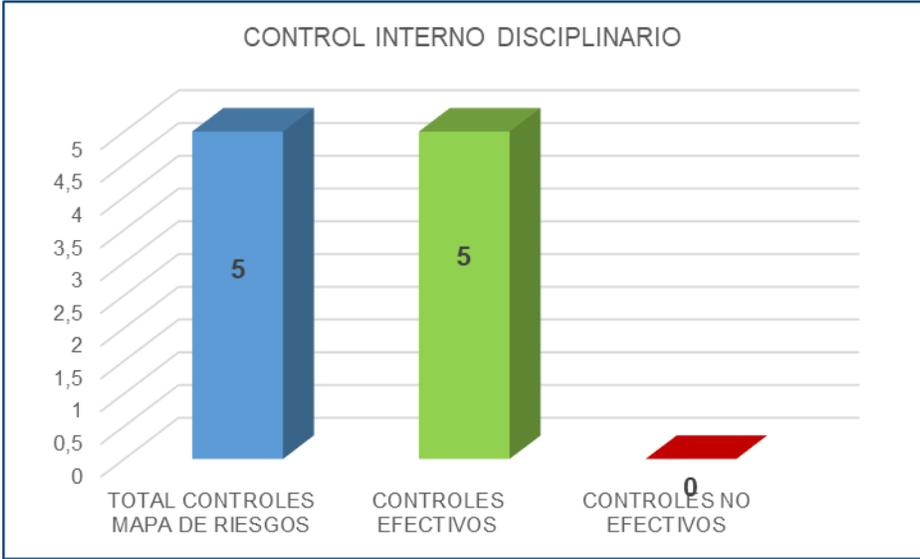


### EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 5  
 Controles efectivos: 5  
 Controles no efectivos: 0

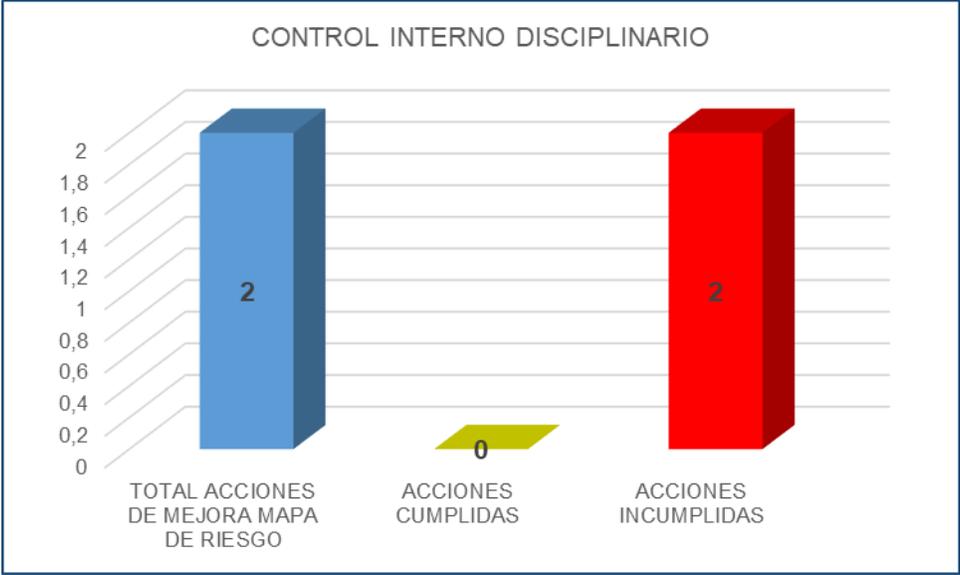
	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



**ACCIONES NO CUMPLIDAS**

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 2  
 Acciones cumplidas: 0  
 Acciones incumplidas 2



	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION</b>	<b>ACCIONES INCUMPLIDAS</b>
<i>Perdida del expediente disciplinario.</i>	<i>1. Digitalizar los expedientes.</i>
<i>Aglomeración de quejas sin fundamento ni requisitos.</i>	<i>2. Realizar capacitación con el personal de Pasto Salud ESE en temas de aplicabilidad de la norma.</i>

### HALLAZGOS

**Acción: Digitalizar los expedientes.**

1. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a "Digitalizar los expedientes" incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Perdida del expediente disciplinario.", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018 Acción: Realizar capacitación con el personal de Pasto Salud ESE en temas de aplicabilidad de la norma.

**Acción: Realizar capacitación con el personal de Pasto Salud ESE en temas de aplicabilidad de la norma.**

2. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a "Realizar capacitación con el personal de Pasto Salud ESE en temas de aplicabilidad de la norma de control interno disciplinario." incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Aglomeración de quejas sin fundamento ni requisitos", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.

### RECOMENDACIONES

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles y cumplir con las acciones propuestas para evitar la materialización del riesgo identificado.

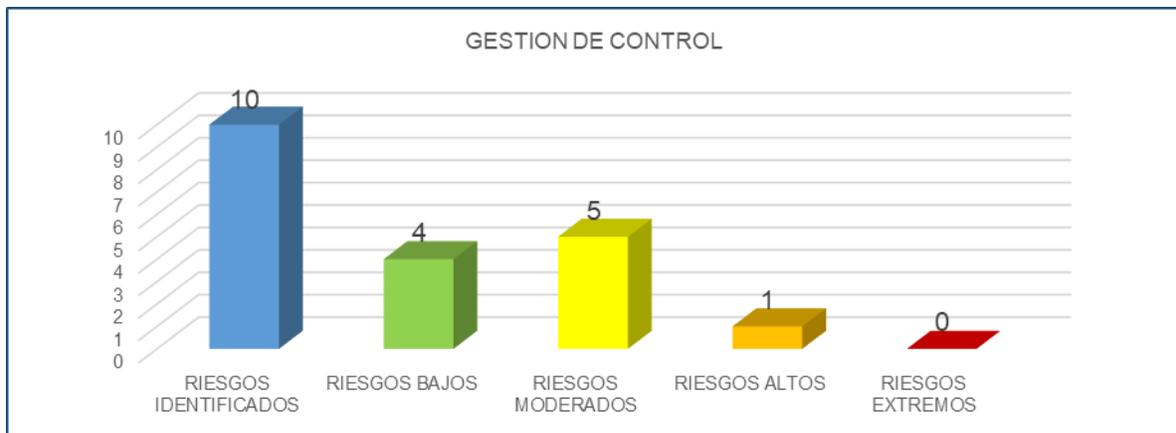
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

## GESTION DE CONTROL

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Control.

Riesgos identificados: 10  
 Riesgos con severidad bajo: 4  
 Riesgos con severidad moderada: 5  
 Riesgos con severidad alto: 1  
 Riesgos con severidad extremos: 0

### RIESGOS IDENTIFICADOS



#### Riesgos altos y/o extremos

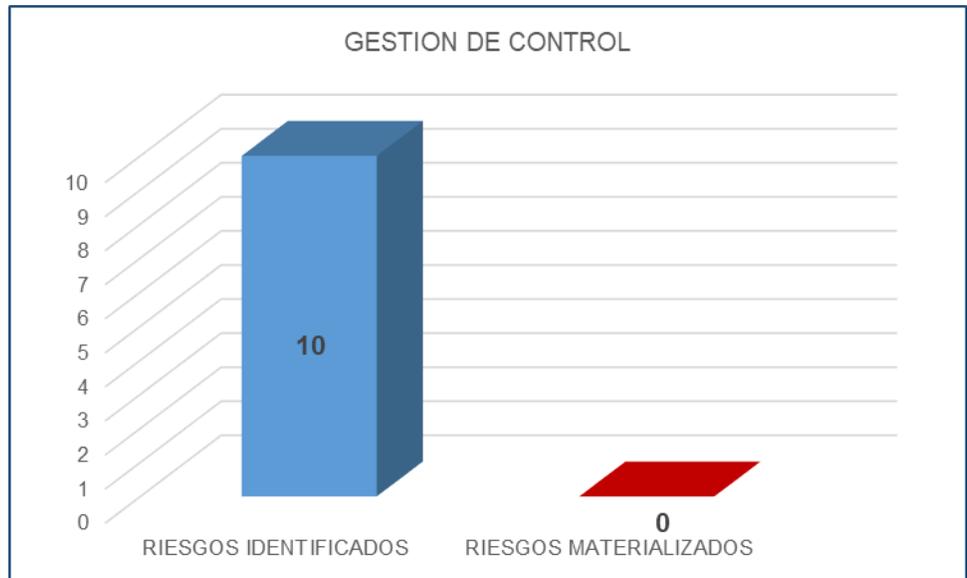
1. *Perdida de información objeto de análisis de auditoría por parte del auditor.*

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 23 de julio de 2019, se evidencio lo siguiente:

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 10  
 Riesgos materializados: 0

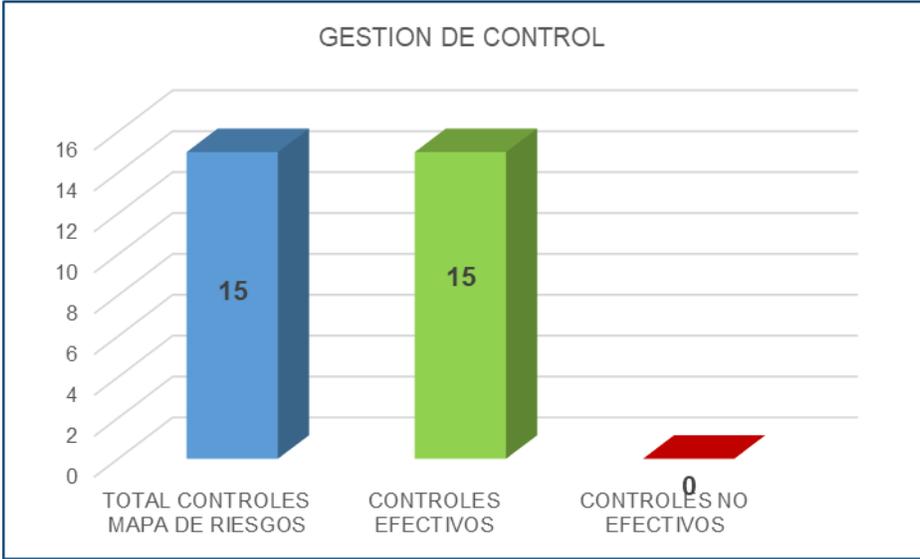


### EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 15  
 Controles efectivos: 15  
 Controles no efectivos: 0

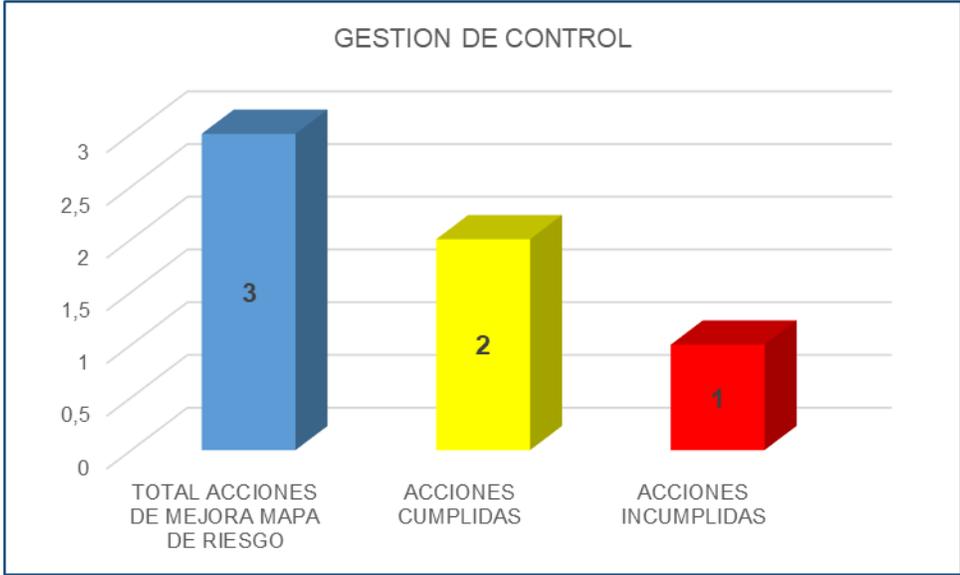
	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



**ACCIONES NO CUMPLIDAS**

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 3  
 Acciones cumplidas: 2  
 Acciones incumplidas 1



	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION</b>	<b>ACCIONES INCUMPLIDAS</b>
<i>Perdida de información objeto de análisis de auditoría por parte del auditor.</i>	<i>1: Aplicar el formato único de préstamo documental</i>

### HALLAZGOS

**Acción: Aplicar el formato único de préstamo documental.**

1. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a "Aplicar el formato único de préstamo documental" incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Perdida de información objeto de análisis de auditoría por parte del auditor", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018

### RECOMENDACIONES

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles y cumplir con las acciones propuestas para evitar la materialización del riesgo identificado.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

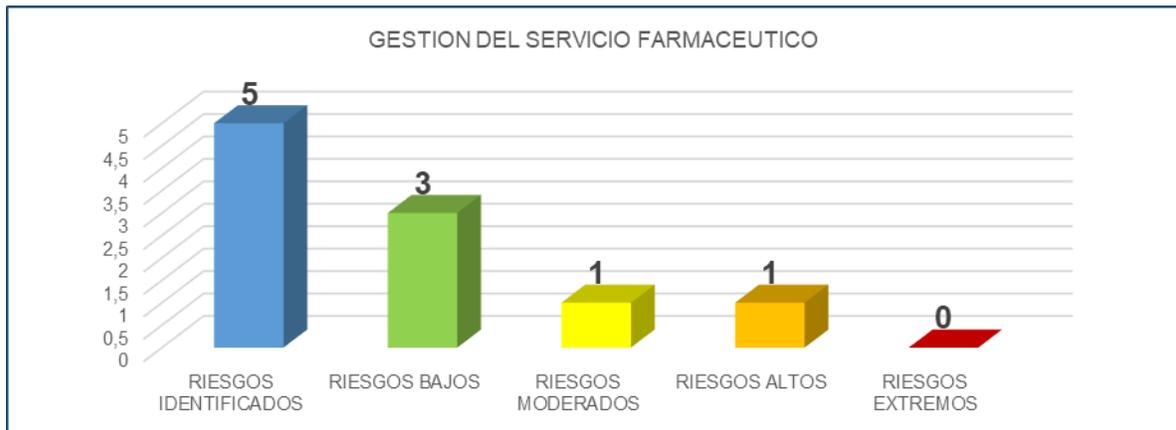
## GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO

Para la auditoria a los procesos asistenciales por el volumen de información se escogió como criterio de evaluación las actividades desarrolladas en el primer trimestre de la vigencia 2019.

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión del servicio farmacéutico.

Riesgos identificados: 5  
 Riesgos con severidad bajo: 3  
 Riesgos con severidad moderada: 1  
 Riesgos con severidad alto: 1  
 Riesgos con severidad extremos: 0

### RIESGOS IDENTIFICADOS



#### Riesgos altos y/o extremos

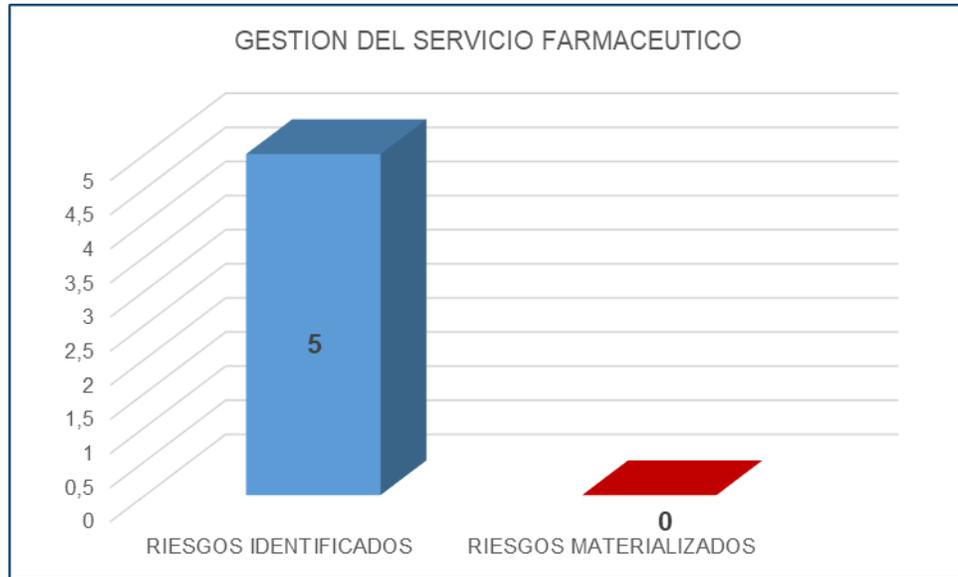
*1. Inadecuada ejecución y aplicación de protocolos y procedimientos de almacenamiento*

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el día 25 de julio de 2019, se evidencio lo siguiente:

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 5  
 Riesgos materializados: 0

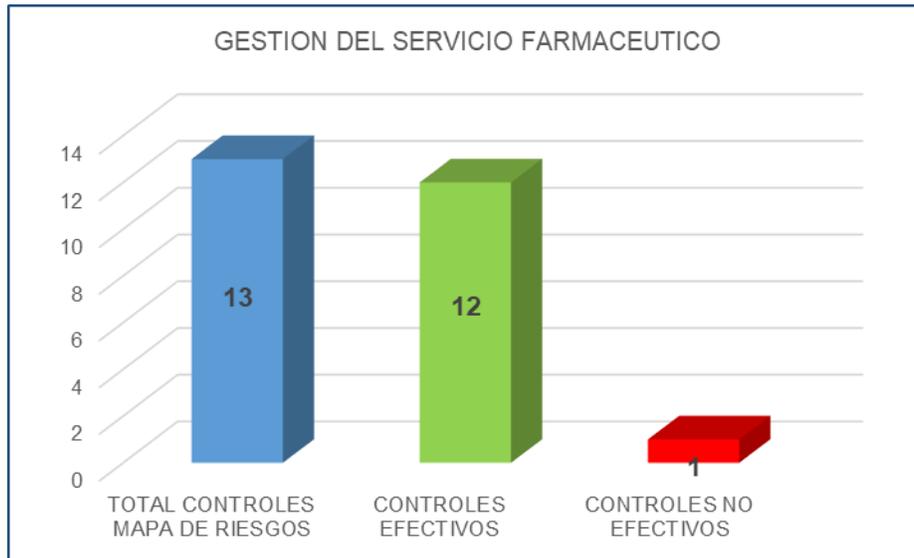


### EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 13  
 Controles efectivos: 12  
 Controles no efectivos: 1

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



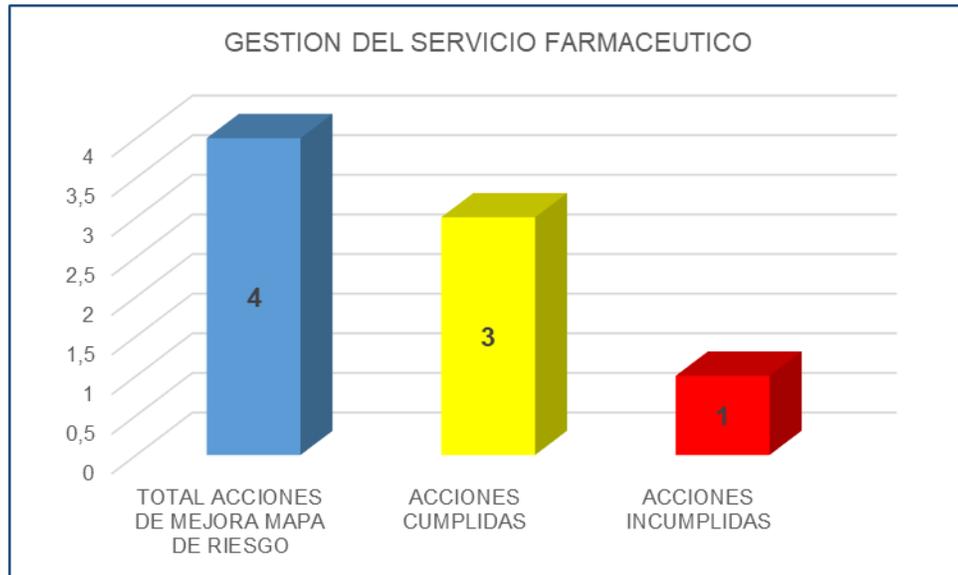
#### DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL</b>	<b>CONTROLES NO EFECTIVOS</b>
<i>Inadecuada ejecución y aplicación de protocolos y procedimientos de almacenamiento</i>	<i>1. Medición de indicador "garantizar la adherencia a los protocolos y procedimientos de almacenamiento".</i>

#### ACCIONES NO CUMPLIDAS

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 10  
 Acciones cumplidas: 8  
 Acciones incumplidas 2



### DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION</b>	<b>ACCIONES INCUMPLIDAS</b>
<i>Inadecuada ejecución y aplicación de protocolos y procedimientos de almacenamiento</i>	<i>1. Mejorar las condiciones de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos en bodega central de dispositivos médicos</i>

### HALLAZGOS

**Control: Medición de indicador "garantizar la adherencia a los protocolos y procedimientos de almacenamiento".**

1. Se evidencia de manera reiterada el incumplimiento de la meta del indicador (95%), relacionado con "garantizar la adherencia a los protocolos y procedimientos de almacenamiento", control que fue establecido para mitigar el riesgo relacionado con la "Inadecuada ejecución y aplicación de protocolos y procedimientos de almacenamiento", del mapa de riesgos Institucional de la vigencia 2018.

Evidencia:

La meta programada es de 95%

Para la vigencia 2018 los resultados de la medición del indicador fueron las siguientes:

Primer trimestre: 89.62%, Segundo trimestre: 89.47%, Tercer trimestre 87.79%, Cuarto trimestre 89.20%.

Para la vigencia 2019 los resultados fueron los siguientes:

Primer trimestre: 89.81%, el Segundo trimestre no reporta.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

**Acción: Mejorar las condiciones de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos en bodega central de dispositivos médicos**

2. Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente a "Mejorar las condiciones de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos en bodega central de dispositivos médicos" incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Inadecuada ejecución y aplicación de protocolos y procedimientos de almacenamiento".

### RECOMENDACIONES

Realizar la medición del indicador del segundo trimestre de la vigencia 2019, correspondiente a "garantizar la adherencia a los protocolos y procedimientos de almacenamiento".

Medir el indicador de porcentaje de faltantes y sobrantes para la vigencia 2019.

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización del riesgo.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

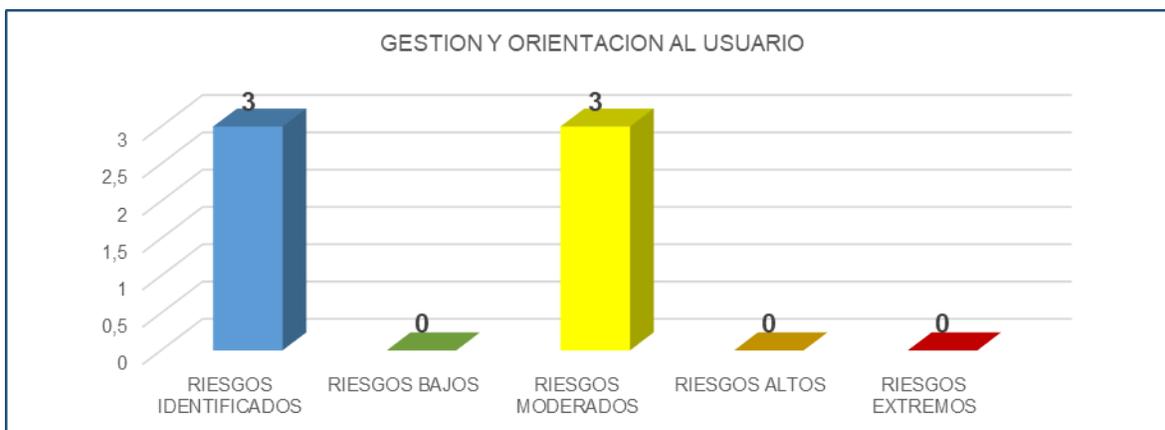
## GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO

Para la auditoria a los procesos asistenciales por el volumen de información se escogió como criterio de evaluación las actividades desarrolladas en el primer trimestre de la vigencia 2019.

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión y orientación del usuario.

Riesgos identificados: 3  
 Riesgos con severidad bajo: 0  
 Riesgos con severidad moderada: 3  
 Riesgos con severidad alto: 0  
 Riesgos con severidad extremos: 0

### RIESGOS IDENTIFICADOS

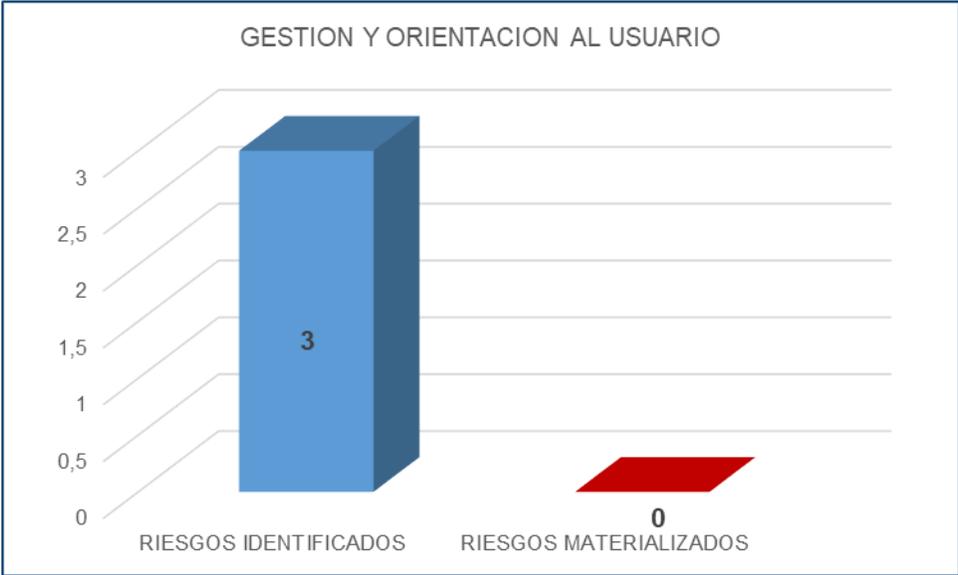


De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 27 de mayo de 2019, se evidencio lo siguiente:

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 3  
 Riesgos materializados: 0

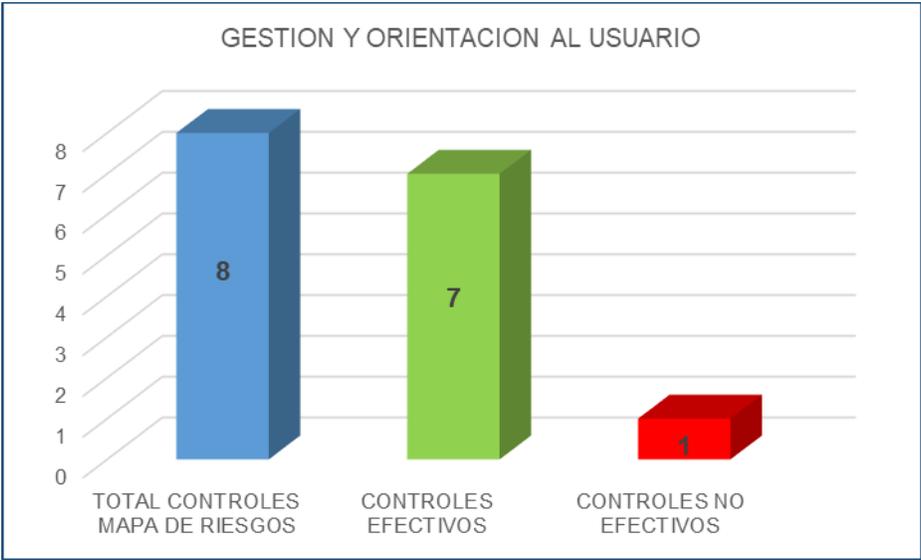
	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



**EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES**

A continuación se presenta los controles no efectivos, los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 8  
 Controles efectivos: 7  
 Controles no efectivos: 1



	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL</b>	<b>CONTROLES NO EFECTIVOS</b>
<i>Inoportunidad en la Gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias</i>	<i>Procedimiento de administración de PQRSF</i>

### HALLAZGOS

#### **Control: Procedimiento de administración de PQRSF**

1. Se realizó la trazabilidad a la ejecución del procedimiento GOU-PD-29 administración de PQRSF y se encontró que las quejas y reclamos no son registradas en el formato de reporte de oportunidades de mejora ROM (GC-ROM 171), incumpliendo la actividad, No 5 correspondiente a "Implementar acciones de mejora" establecida en el procedimiento "GOU-PD-29 Administración de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones", versión 6.

A continuación se presenta el consolidado de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones correspondientes al primer trimestre de 2019.

Peticiones: 9  
 Quejas: 51  
 Reclamos: 85  
 Sugerencias: 32  
 Felicitaciones: 219

### RECOMENDACIONES

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles y acciones para evitar la materialización del riesgo.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

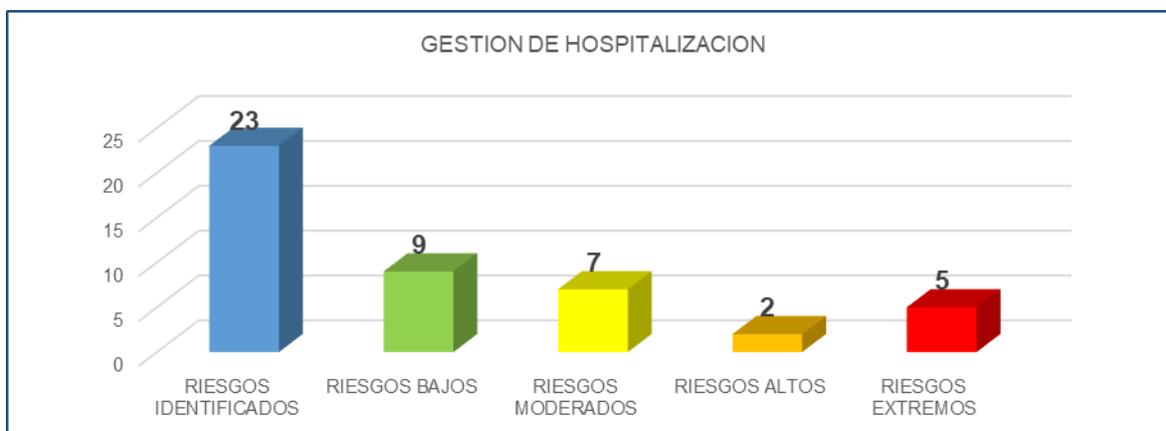
## GESTION DE HOSPITALIZACION

Para la auditoria a los procesos asistenciales por el volumen de información se escogió como criterio de evaluación las actividades desarrolladas en el primer trimestre de la vigencia 2019.

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de hospitalización.

Riesgos identificados: 23  
 Riesgos con severidad bajo: 9  
 Riesgos con severidad moderada: 7  
 Riesgos con severidad alto: 2  
 Riesgos con severidad extremos: 5

### RIESGOS IDENTIFICADOS



#### Riesgos altos y/o extremos

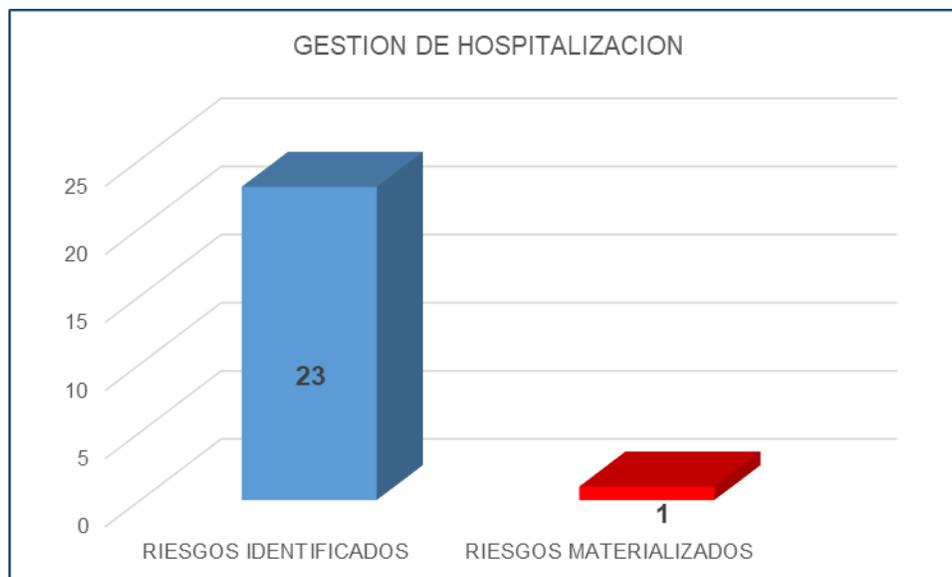
1. Identificación equivocada del paciente
2. Infecciones asociadas al cuidado de salud en hospitalización
3. Ulceras por presión en pacientes en hospitalización
4. Falta de adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud en hospitalización
5. Falta adherencia a la técnica correcta del lavado de manos en hospitalización
6. Debilidad en la adherencia al protocolo de egreso
7. Prevalencia de Caídas en el servicio de hospitalización

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	OFICINA DE CONTROL INTERNO			

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el día 13 de junio y 08 de junio, se evidencio lo siguiente:

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 23  
Riesgos materializados: 0



### DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS

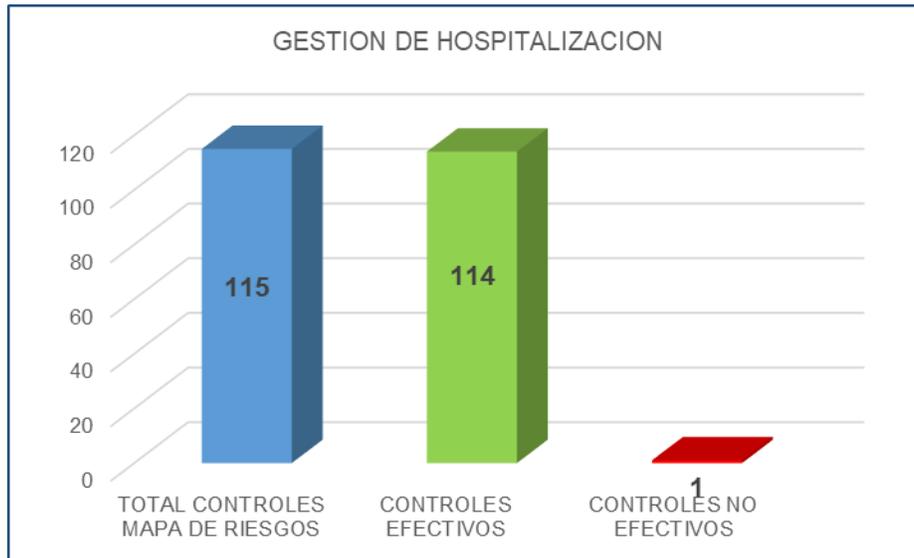
1. Prevalencia de Caídas en el servicio de hospitalización.

### EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 115  
Controles efectivos: 114  
Controles no efectivos: 1

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



#### DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

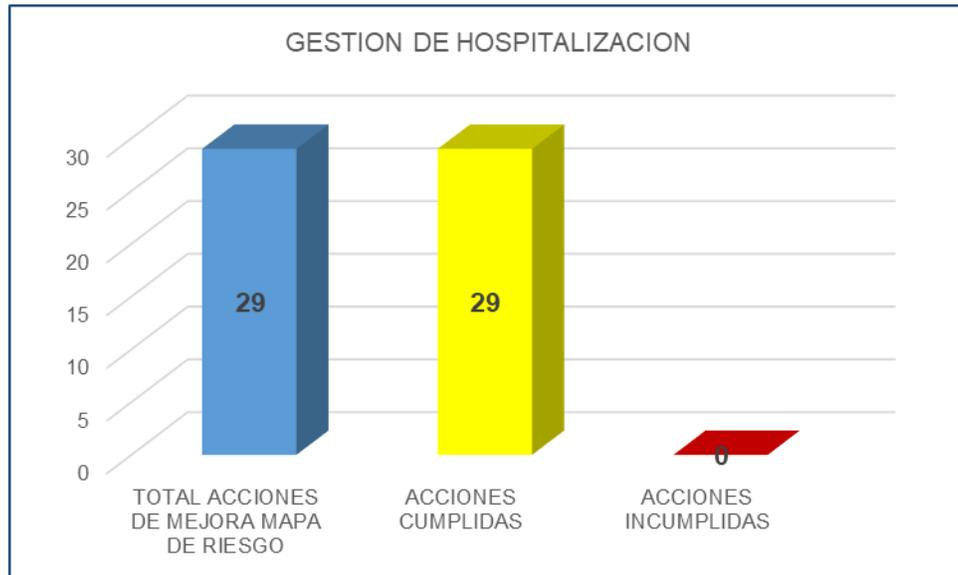
<b>RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL</b>	<b>CONTROLES NO EFECTIVOS</b>
<i>Prevalencia de caídas en el servicio de hospitalización</i>	<i>Resultado de indicador de caídas</i>

#### ACCIONES NO CUMPLIDAS

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 10  
 Acciones cumplidas: 8  
 Acciones incumplidas 2

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



## HALLAZGOS

### Control: Indicador de caídas

1. Se evidencia la materialización del riesgo “prevalencia de caídas en el servicio de hospitalización”.

Para la vigencia 2019, en el mes de enero se presenta 1 caída del paciente generando trauma en mano izquierda, dato reportado en la medición del indicador de caídas, establecido como control para mitigar el riesgo relacionado con “Prevalencia de Caídas en el servicio de hospitalización”.

Evidencia:

Se reporta el indicador de caídas con los siguientes datos para la vigencia 2019:

Enero: 1 caída sobre 90 hospitalizaciones.

Febrero: 0 caídas sobre 67 hospitalizaciones.

Marzo: 0 caídas sobre 65 hospitalizaciones.

## RECOMENDACIONES

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles y acciones para evitar la materialización de los riesgos.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

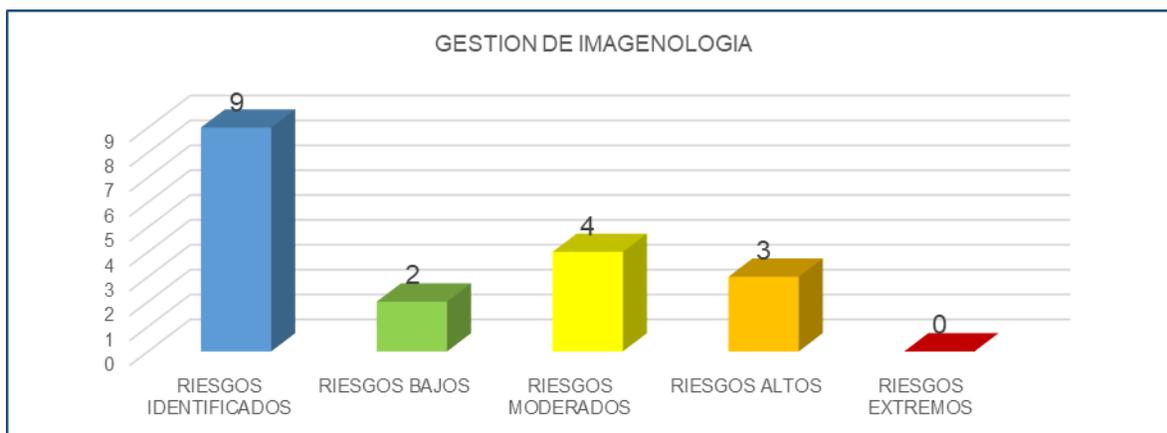
## GESTION DE IMAGENOLOGIA

Para la auditoria a los procesos asistenciales por el volumen de información se escogió como criterio de evaluación las actividades desarrolladas en el primer trimestre de la vigencia 2019.

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de imagenología.

Riesgos identificados: 9  
 Riesgos con severidad bajo: 2  
 Riesgos con severidad moderada: 4  
 Riesgos con severidad alto: 3  
 Riesgos con severidad extremos: 0

### RIESGOS IDENTIFICADOS



#### Riesgos altos y/o extremos

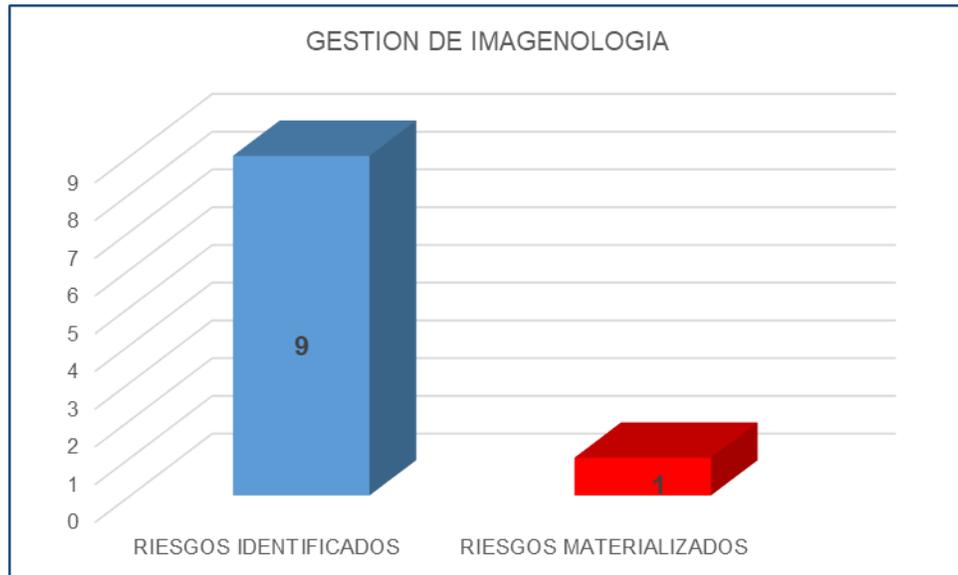
- |  |
|--|
| 1. <i>Inoportunidad en la toma de estudios de imagenología.</i>  |
| 2. <i>Debilidad en Radioprotección</i>   |
| 3. <i>Inoportunidad en la entrega de resultado y/o reporte de Radiología convencional y ecografías</i> |

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el día 20 de junio de 2019, se evidencio lo siguiente:

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados:9  
 Riesgos materializados: 1

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



#### **DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS**

*1. Inoportunidad en la toma de estudios de imagenología*

#### **EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES**

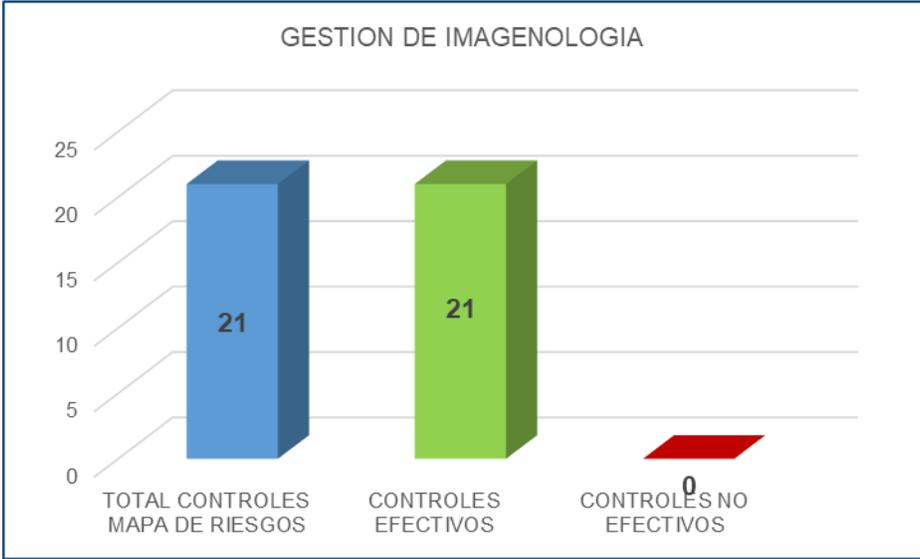
A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 21

Controles efectivos: 21

Controles no efectivos: 0

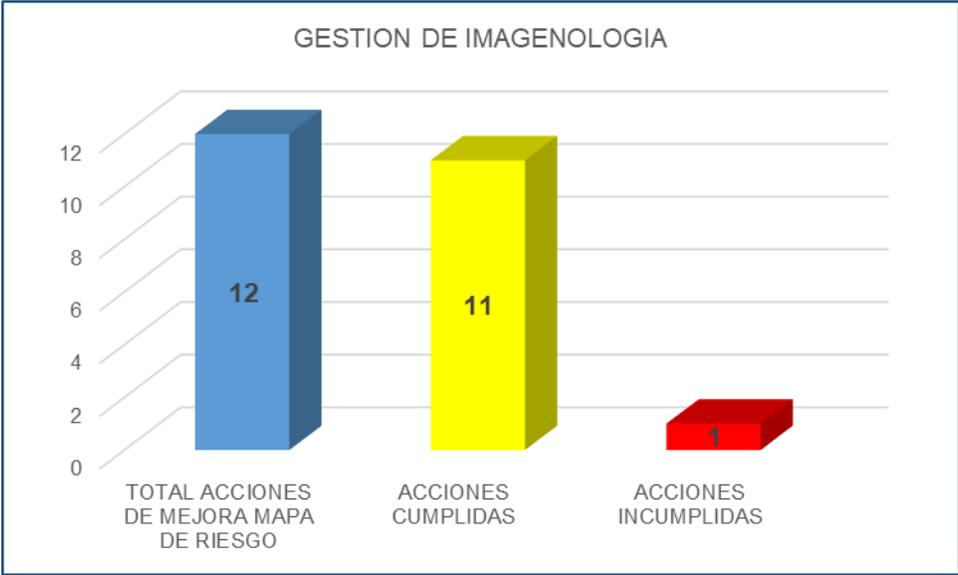
	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



**ACCIONES NO CUMPLIDAS**

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 12  
 Acciones cumplidas: 11  
 Acciones incumplidas 1



	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

<i><b>RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION</b></i>	<i><b>ACCIONES INCUMPLIDAS</b></i>
<i>Inoportunidad en la toma de estudios de imagenología</i>	<i>Evaluar periódicamente la adherencia al protocolo a través de indicadores</i>

### HALLAZGOS

**Acción: Evaluar periódicamente la adherencia al protocolo a través de indicadores periódicos.**

1. Se presenta falla en la materialización del riesgo “inoportunidad en la toma de estudios de imagenología”

Lo anterior debido a incumplimiento de metas de los indicadores de adherencia al protocolo de atención prioritaria, actividad establecida como acción para mitigar el riesgo relacionado con “inoportunidad en la toma de estudios de imagenología”.

Evidencia:

Para la vigencia 2019, se miden 21 indicadores de imagenología a continuación se presentan los resultados de los indicadores que no cumplen con la meta:

- Oportunidad de la entrega de resultados y/o reporte de radiología convencional en consulta externa, Meta: 24 horas, nivel de cumplimiento: 29,47, evidenciando que no se encuentra dentro del rango la entrega de resultados.
- Satisfacción en tiempo de espera para la toma de estudios de imagenología, Meta: 90% nivel de cumplimiento: 86,36%
- Porcentaje de adherencia a la técnica correcta del lavado de manos en imagenología, Meta: 80%, nivel de cumplimiento: 67,41%.

### RECOMENDACIONES

Para la medición de satisfacción del usuario, se recomienda calcular el tamaño muestral para la aplicabilidad de las encuestas de acuerdo a la demanda en la atención de los servicios de imagenología.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

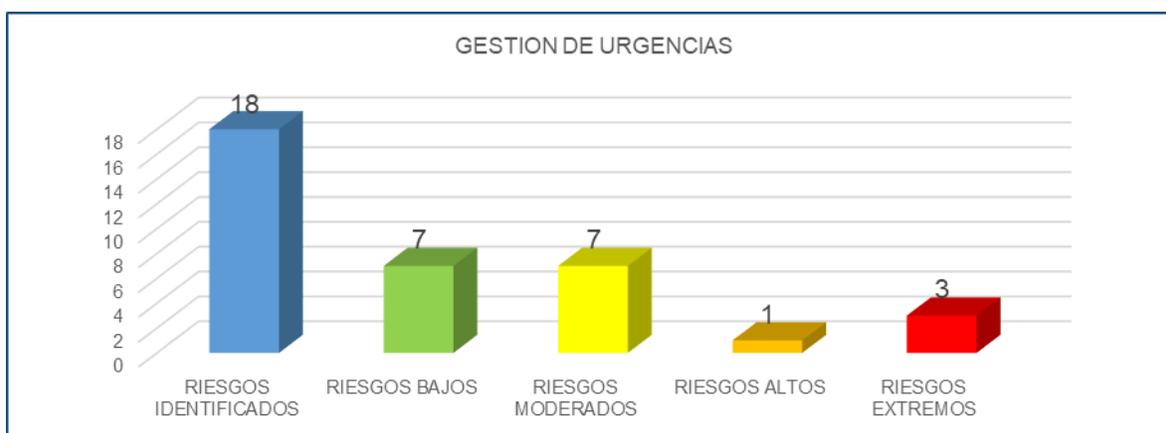
## GESTION DE URGENCIAS

Para la auditoria a los procesos asistenciales por el volumen de información se escogió como criterio de evaluación las actividades desarrolladas en el primer trimestre de la vigencia 2019

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión de Urgencias.

Riesgos identificados: 18  
 Riesgos con severidad bajo: 7  
 Riesgos con severidad moderada: 17  
 Riesgos con severidad alto: 1  
 Riesgos con severidad extremos: 3

### RIESGOS IDENTIFICADOS



#### Riesgos altos y/o extremos

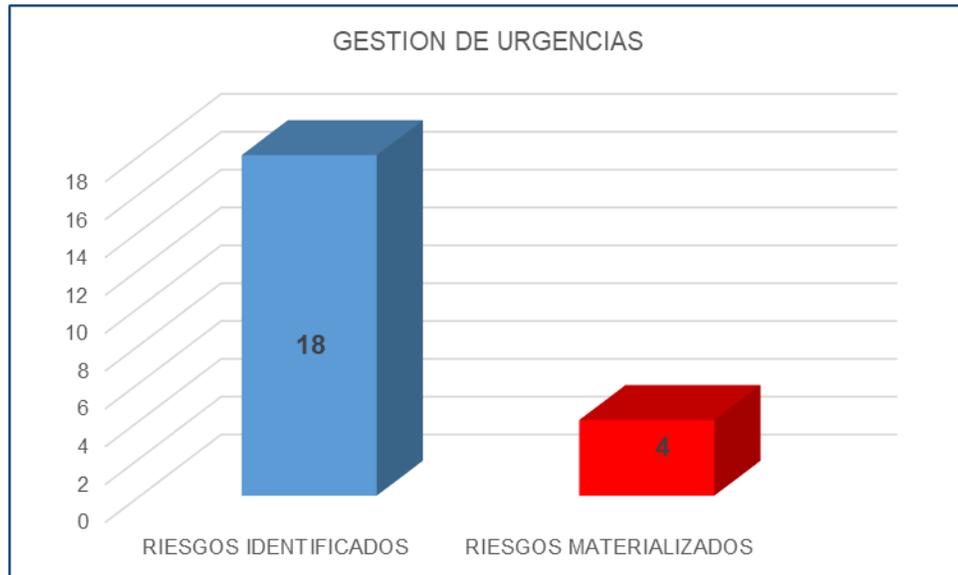
- |  |
|--|
| 1. Inoportunidad en la atención en triage.   |
| 2. Identificación equivocada del paciente  |
| 3. Falta de Adherencia al protocolo de Comunicación entre el Equipo de Salud en Urgencias. |
| 4. Falta de Adherencia al Protocolo prevención de caídas.                                  |

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el día 3 de julio de 2019, se evidencio lo siguiente:

### RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 18  
 Riesgos materializados: 4

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



#### **DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS**

<i>1. Prevalencia de eventos adversos.</i>
<i>2. Inoportunidad en la atención en triage</i>
<i>3. Falta de Adherencia a la técnica correcta del lavado de manos en Urgencias</i>
<i>4. Fuga en el servicio de Urgencias</i>

#### **EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES**

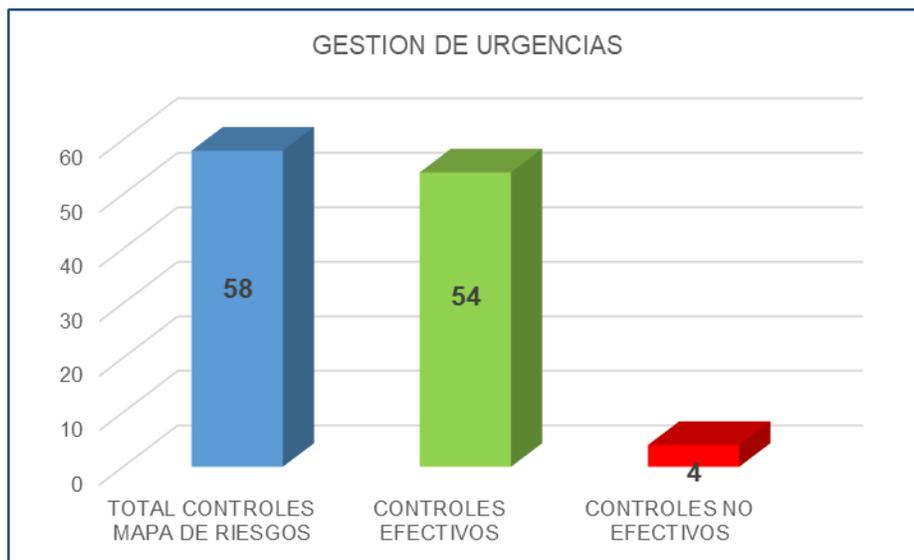
A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 58

Controles efectivos: 54

Controles no efectivos: 4

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



#### DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

<b>RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL</b>	<b>CONTROLES NO EFECTIVOS</b>
<i>Prevalencia de eventos adversos.</i>	<i>1. Medición y análisis de eventos adversos</i>
<i>Inoportunidad en la atención en triage</i>	<i>2. Medición de indicadores de triage</i>
<i>Falta de Adherencia a la técnica correcta del lavado de manos en Urgencias</i>	<i>3. Medición de indicadores de lavado de manos</i>
<i>Fuga en el servicio de Urgencias</i>	<i>4. Medición de Indicadores de fugas</i>

#### ACCIONES NO CUMPLIDAS

\*Para la planeación del seguimiento a mapas de riesgos, el proceso, no reporto acciones de tratamiento para mitigar los riesgos que se encuentran en nivel alto y extremo (ROM), por tanto no se pudo verificar su cumplimiento.

#### HALLAZGOS

##### **Control: Medición y análisis de eventos adversos**

1. En la vigencia 2019, se evidencia materialización del riesgo relacionado con "Prevalencia de eventos adversos".

Evidencias:

Se presenta un evento adverso relacionado con fuga del paciente, Paciente con patología mental quien refiere querer bañarse, ingresa al baño y cierra la puerta a pesar de que se le informa no

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

hacerlo se tira por la ventana descolgándose por ella, se llama inmediatamente a policía Nacional para hacer recorrido por los alrededores pero no se encuentra

Error de dispensación presentado en el Hospital La Rosa, el cual se le dispense a la paciente Amitriptilina 25 mg en lugar de Amlodipino 5mg. Se analiza por medico de Protocolo de Londres por considerarse un evento adverso leve, ya que la paciente manifesto adinamia, sensación de mareo, debido a la administración del medicamento equivocado.

#### **Control: Medición de indicadores de triage**

2. En la vigencia 2019, se evidencia materialización del riesgo relacionado con "Inoportunidad en la atención en triage"

Se presenta incumplimiento de la meta establecida en la medición del indicador relacionado con "medición de indicadores de triage" actividad establecida como control para mitigar el riesgo relacionado con "inoportunidad en la atención en triage"

Evidencia:

Indicador que mide el tiempo promedio en la espera para la atención del paciente clasificado como triaje 2, Meta: 30 minutos, nivel de cumplimiento a marzo del 2019: 37 minutos.

#### **Control: Medición de indicadores de lavado de manos**

3. En la vigencia 2019, se evidencia materialización del riesgo relacionado con " Falta de Adherencia a la técnica correcta del lavado de manos en Urgencias"

Se presenta incumplimiento de la meta establecida en la medición del indicador relacionado con "Medición de indicadores de lavado de manos" actividad establecida como control para mitigar el riesgo relacionado con "Falta de adherencia a la técnica correcta del lavado de manos en Urgencias"

Evidencia:

La meta programada es de: 90%, el nivel de cumplimiento de urgencias del Centro Hospital la Rosa a marzo de 2019 es de 64%.

#### **Control: Medición de Indicadores de fugas**

4. En la vigencia 2019, se evidencia materialización del riesgo relacionado con "Fuga en el servicio de Urgencias"

Evidencias:

Se presenta un evento adverso relacionado con fuga del paciente, paciente con patología mental quien refiere querer bañarse, ingresa al baño y cierra la puerta a pesar de que se le informa no hacerlo se tira por la ventana descolgándose por ella, se llama inmediatamente a policía Nacional para hacer recorrido por los alrededores pero no se encuentra .

### **RECOMENDACIONES**

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización del riesgo identificado.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

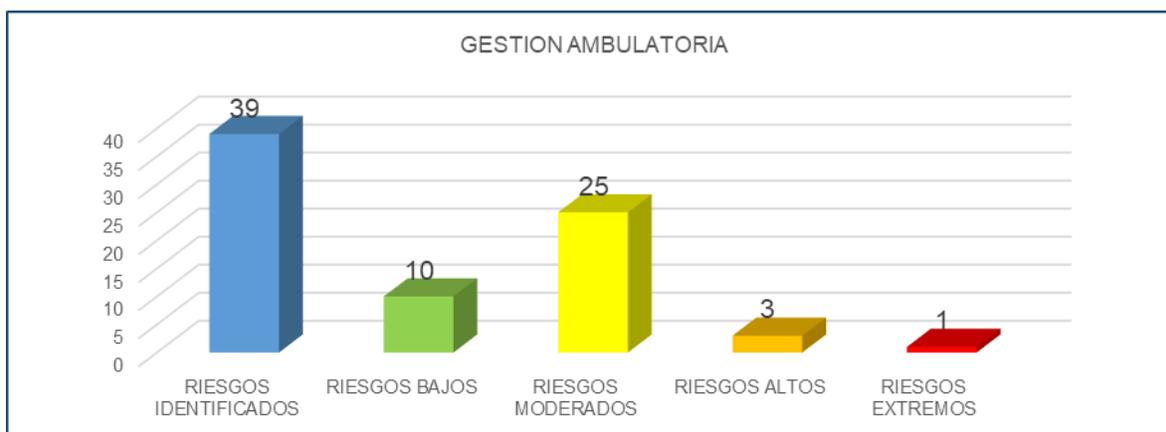
## **GESTION AMBULATORIA**

Para la auditoria a los procesos asistenciales por el volumen de información se escogió como criterio de evaluación las actividades desarrolladas en el primer trimestre de la vigencia 2019.

A continuación se presenta los riesgos identificados en el Proceso Gestión Ambulatoria.

Riesgos identificados: 39  
 Riesgos con severidad bajo: 10  
 Riesgos con severidad moderada: 25  
 Riesgos con severidad alto: 3  
 Riesgos con severidad extremos: 1

### **RIESGOS IDENTIFICADOS**



#### **Riesgos altos y/o extremos**

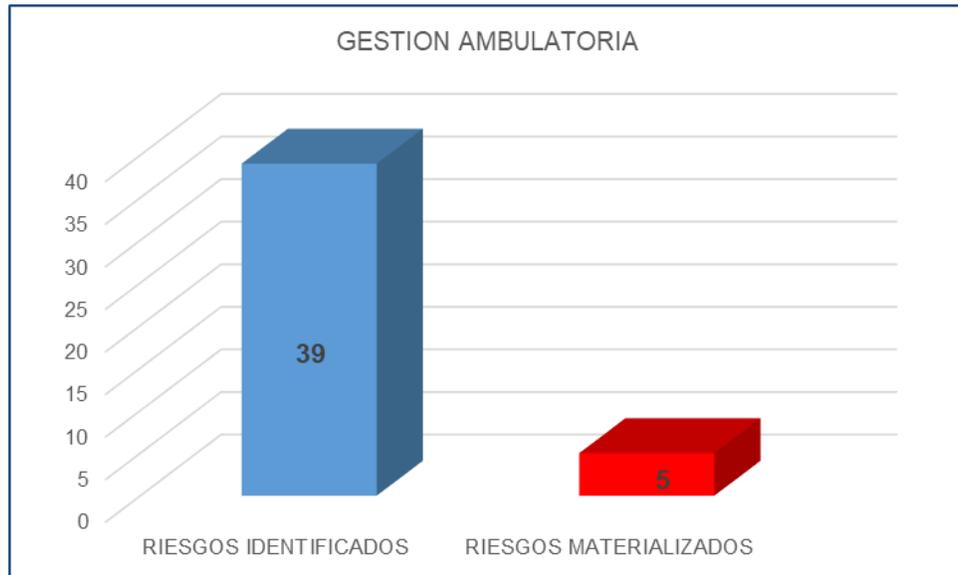
<i>1. Identificación equivocada del paciente</i>
<i>2. Fallas en la adherencia a guías y protocolos adoptados por la Empresa</i>
<i>3. Prevalencia de los errores en medicación</i>
<i>4. Caídas del paciente en consulta ambulatoria</i>

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, el día 04 y 10 de julio de 2019, se evidencio lo siguiente:

### **RIESGOS MATERIALIZADOS**

Riesgos identificados: 39  
 Riesgos materializados: 5

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				



#### **DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS**

1. Prevalencia de eventos adversos
2. Falla en la captación de gestantes para consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestacional.
3. Baja cobertura de mujeres de 15 a 49 años con consulta de planificación familiar
4. Baja captación de pacientes con diagnóstico de HTA por tamizaje en población mayor de 18 años
5. Baja captación de pacientes con diagnóstico de diabetes por tamizaje en población mayor de 18 años

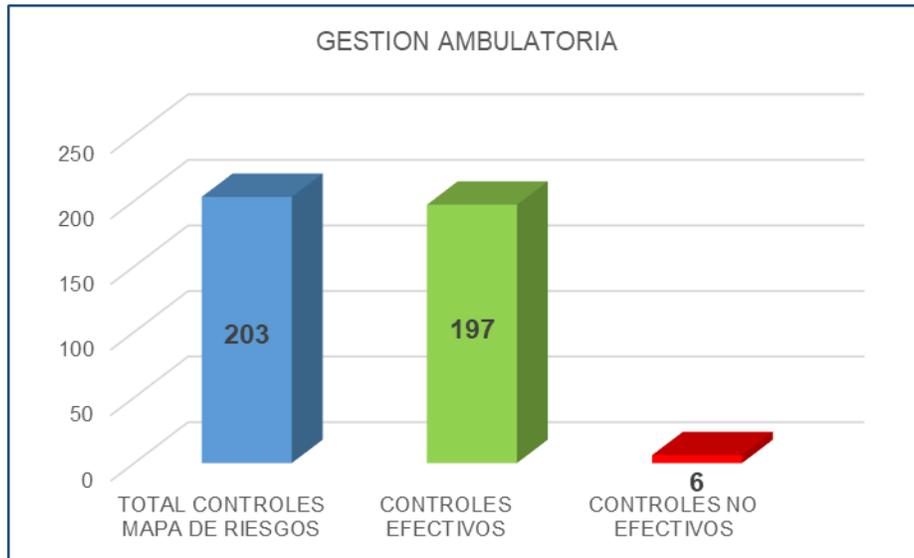
#### **EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES**

A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 203

Controles efectivos: 197

Controles no efectivos: 6



**DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS**

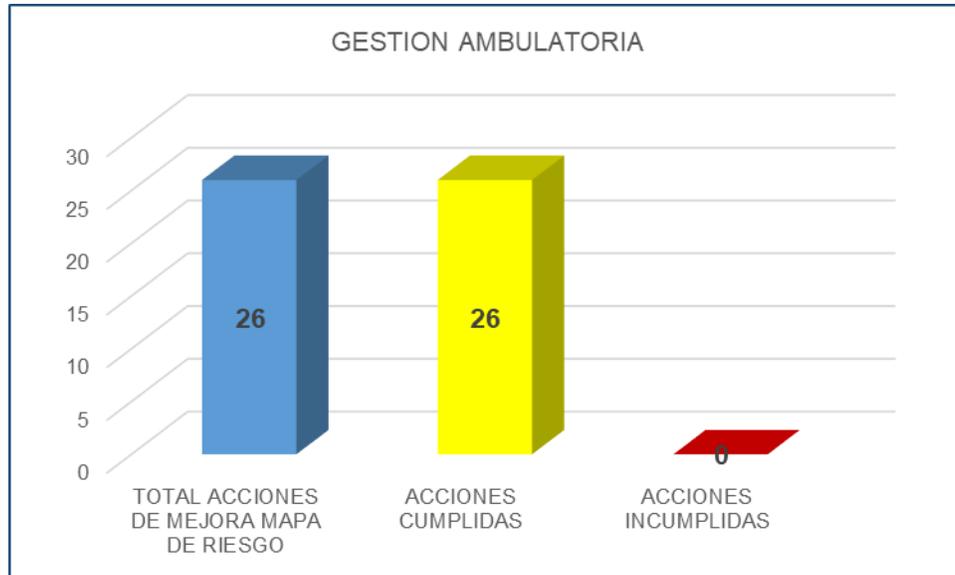
<b>RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL</b>	<b>CONTROLES NO EFECTIVOS</b>
Prevalencia de eventos adversos	Indicadores de eventos adversos
Aumento de infecciones asociadas al cuidado de la salud	Indicadores de adherencia a los paquetes lavado de manos
Falla en la captación de gestantes para consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Indicadores de captación
Baja cobertura de mujeres de 15 a 49 años con consulta de planificación familiar	Indicadores de cobertura
Baja captación de pacientes con diagnóstico de HTA por tamizaje en población mayor de 18 años	Indicadores de cobertura
Baja captación de pacientes con diagnóstico de Diabetes por tamizaje en población mayor de 18 años	Indicadores de cobertura

	<b>COMUNICACIONES OFICIALES</b>			
	<b>VERSIÓN</b>	<b>PROCESO/SERVICIO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NUM</b>
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
	<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>			

### ACCIONES NO CUMPLIDAS

A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 10  
 Acciones cumplidas: 8  
 Acciones incumplidas 2



### HALLAZGOS

#### Control: Indicadores de eventos adversos

1. En la vigencia 2019, se evidencia materialización del riesgo relacionado con "Prevalencia de eventos adversos".

Evidencia:

Presencia de un cuerpo extraño en codo luego de sutura en un paciente atendido en el centro de salud de San Vicente.

#### Control: Indicadores de adherencia a los paquetes lavado de manos

2. Se presenta incumplimiento de la meta establecida en la medición del indicador relacionado con "Indicadores de adherencia a los paquetes lavado de manos" actividad establecida como control para mitigar el riesgo relacionado con "Aumento de infecciones asociadas al cuidado de la salud "

Evidencia:

Para la vigencia 2019, se planeó una meta del 80%, el nivel de cumplimiento del primer trimestre es de 69.47%.

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

### Control: Indicadores de captación

3. En la vigencia 2019, se evidencia materialización del riesgo relacionado con " Falla en la captación de gestantes para consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación".

Se presenta incumplimiento de la meta establecida en la medición del indicador relacionado con "Indicadores de captación" actividad establecida como control para mitigar el riesgo relacionado con "Falla en la captación de gestantes para consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación".

Evidencia:

Para la vigencia 2019 se planeó una meta del 80%, el nivel de cumplimiento a marzo de 2019 es de 56.18%

### Control: Indicadores de cobertura

4. En la vigencia 2019, se evidencia materialización del riesgo relacionado con " Baja cobertura de mujeres de 15 a 49 años con consulta de planificación familiar"

Se presenta incumplimiento de la meta establecida en la medición del indicador relacionado con "Indicadores de cobertura" actividad establecida como control para mitigar el riesgo relacionado con "Baja cobertura de mujeres de 15 a 49 años con consulta de planificación familiar".

Evidencia:

Para la vigencia 2019 se planeó una meta del 80%, el nivel de cumplimiento a marzo de 2019 es de 46%

### Control: Indicadores de cobertura

5. En la vigencia 2019, se evidencia materialización del riesgo relacionado con " Baja captación de pacientes con diagnóstico de HTA por tamizaje en población mayor de 18 años".

Se presenta incumplimiento de la meta establecida en la medición del indicador relacionado con "Indicadores de cobertura" actividad establecida como control para mitigar el riesgo relacionado con "Baja captación de pacientes con diagnóstico de HTA por tamizaje en población mayor de 18 años".

Evidencia:

Para la vigencia 2019 se planeó una meta del 50%, el nivel de cumplimiento a marzo de 2019 es de 28.45%.

### Control: Indicadores de cobertura.

6. En la vigencia 2019, se evidencia materialización del riesgo relacionado con " Baja captación de pacientes con diagnóstico de diabetes por tamizaje en población mayor de 18 años".

	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>				

Se presenta incumplimiento de la meta establecida en la medición del indicador relacionado con “Indicadores de cobertura” actividad establecida como control para mitigar el riesgo relacionado con “Baja captación de pacientes con diagnóstico de diabetes por tamizaje en población mayor de 18 años ”.

Evidencia:

Para la vigencia 2019 se planeó una meta del 80%, el nivel de cumplimiento a marzo de 2019 es de 48%.

### **RECOMENDACIONES**

Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles y acciones para evitar la materialización de los riesgos identificados.

### **RECOMENDACIONES GENERALES**

Los procesos que presentan debilidad en los controles o que los controles no se hayan ejecutado y por tanto presentan hallazgos, deberán presentar plan de mejoramiento a la Oficina de Control Interno.

Los procesos que presentan debilidad en la ejecución de acciones de tratamiento propuestas para mitigar los riesgos o que las acciones no se hayan ejecutado y por tanto presentan hallazgos, deberán presentar plan de mejoramiento a la Oficina de Control Interno.

Deberán actualizarse los riesgos con acciones cumplidas, toda vez que dichas acciones se convierten en controles existentes.

Actualizar los riesgos donde los controles que se establecieron, no mitigan el riesgo identificado.

Definir la metodología para la identificación de riesgos asistenciales, y posteriormente actualizarlos.

**JAIME ALBERTO SANTACRUZ SANTACRUZ**  
*Jefe*

*Proyecto: Deysy Maribel Lasso Cárdenas- Contratista.*