

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

514-14718

San Juan de Pasto, 27 de diciembre de 2019

Doctora
ANA BELEN ARTEAGA
Gerente
PASTO SALUD ESE

ASUNTO: Informe segundos 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 segundo 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 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 (plan de mejora producto del primer seguimiento mapa de riesgos, Macroproceso de Apoyo, Macroproceso de Control del modelo de operación por procesos de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E.

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

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	44	0	0	NA
GESTION DE CALIDAD	15	1	32	1	10	0
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	16	1	40	1	0	NA
GESTION DE TECNOLOGIA	12	1	28	1	3	0
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	7	1	16	2	10	2
GESTION DEL TALENTO HUMANO	12	0	37	1	3	0
GESTION FINANCIERA	27	1	76	1	14	2
GESTION JURIDICA	11	0	18	1	8	1
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	4	NO EVALUADO	5	NO EVALUADO	2	NO EVALUADO
GESTION DE CONTROL	10	0	15	0	3	0
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	3	0	8	0	5	2
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	Mapa de riesgos en transicion a nueva metodologia AMFE					
GESTION DE HOSPITALIZACION						
GESTION DE IMAGENOLOGIA						
GESTION DE URGENCIAS						
GESTION AMBULATORIA						
GESTION DE LABORATORIO						
TOTAL						
		3.97%		2.51%		12.1%

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

PROCESO	ACTIVIDADES DEL PLAN DE MEJORA	CUMPLIDAS	EN EJECUCION	NO CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1	1	0	0	100%
GESTION DE CALIDAD	16	14	2	0	88%
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	5	5	0	0	100%
GESTION DE TECNOLOGIA	1	1	0	0	100%
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	3	1	0	2	33%
GESTION DEL TALENTO HUMANO	5	3	0	2	60%
GESTION FINANCIERA	18	12	1	5	67%
GESTION JURIDICA	6	6	0	0	100%
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	NV	NV	NV	NV	NV
GESTION DE CONTROL	1	1	0	0	100%
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	2	2	0	0	100%
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	26	26	0	0	1
GESTION DE HOSPITALIZACION					
GESTION DE IMAGENOLOGIA					
GESTION DE URGENCIAS					
GESTION AMBULATORIA					
GESTION DE LABORATORIO					
TOTAL	84	72	3	9	86%

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: 4
Riesgos con severidad moderada: 5
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 05 de diciembre de 2019, se evidencio lo siguiente:

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 9
Riesgos materializados: 0



EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

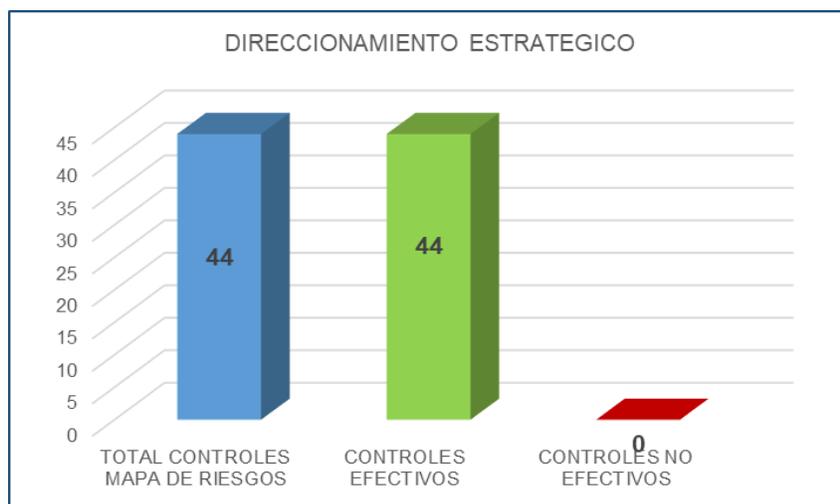
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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

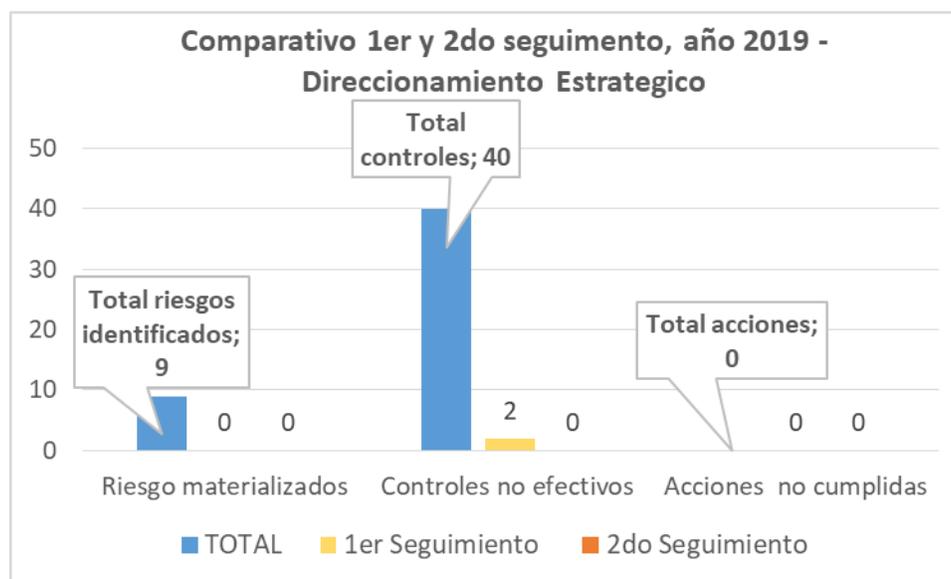
Total controles en los mapas de riesgos: 44

Controles efectivos: 44

Controles no efectivos: 0



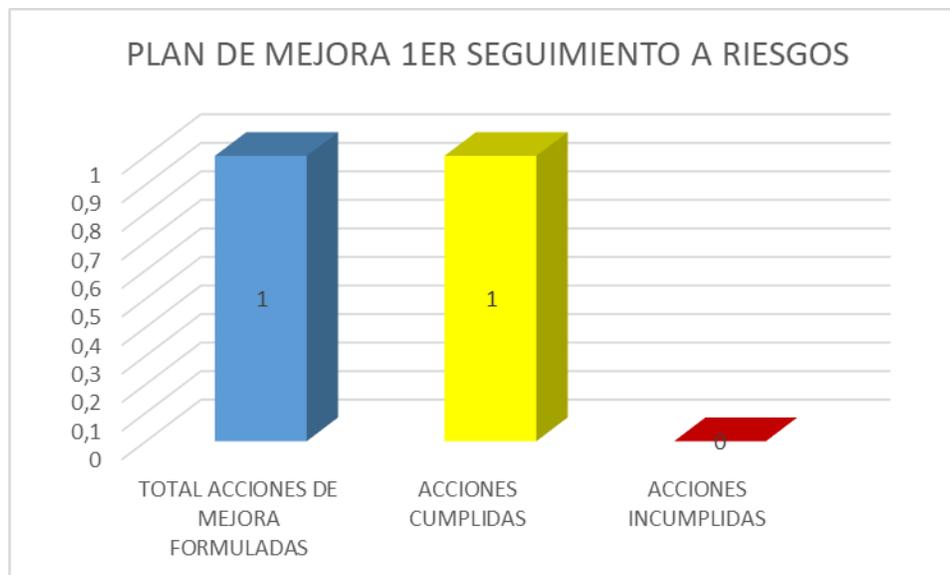
COMPARATIVO DEL PRIMER Y SEGUNDO SEGUIMIENTO A CONTROLES Y ACCIONES EN LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO



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

PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO A LA MATRIZ DE RIESGOS PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

De acuerdo al primer seguimiento realizado a la efectividad de los controles y cumplimiento de acciones establecidos en la matriz de riesgos, se documentó 1 hallazgo, por tal motivo, se estableció un plan de mejoramiento, al cual la Oficina de Control Interno realizo seguimiento, obteniendo los siguientes resultados:



HALLAZGOS

No se presentan hallazgos en el proceso.

RECOMENDACIONES

Es importante actualizar la matriz de riesgos para la vigencia 2020 puesto que acciones de tratamiento propuestas en la matriz vigente ya actúan como barreras de control dentro del proceso

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

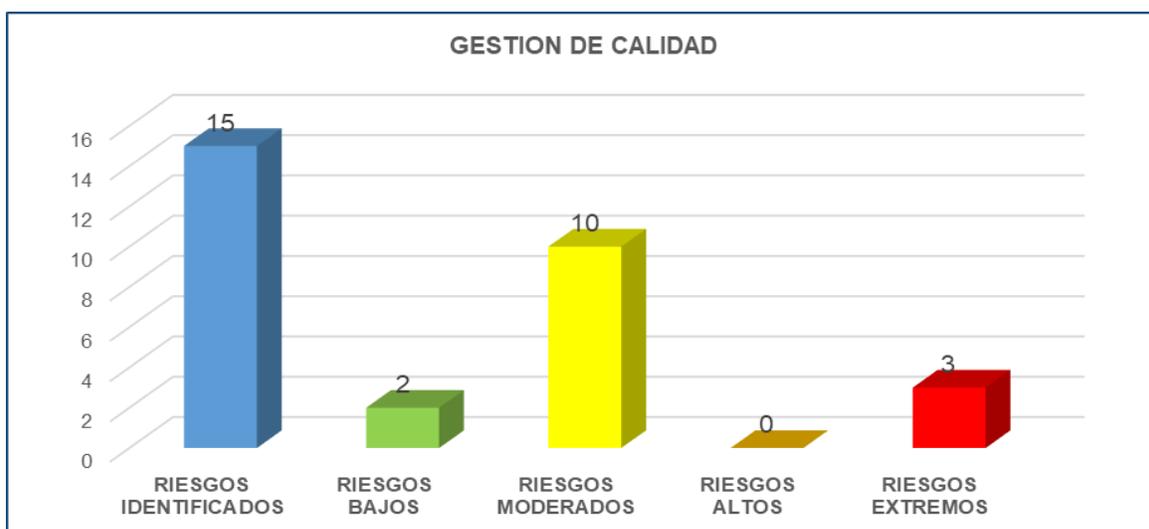
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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 04 de diciembre 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: 1



DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS

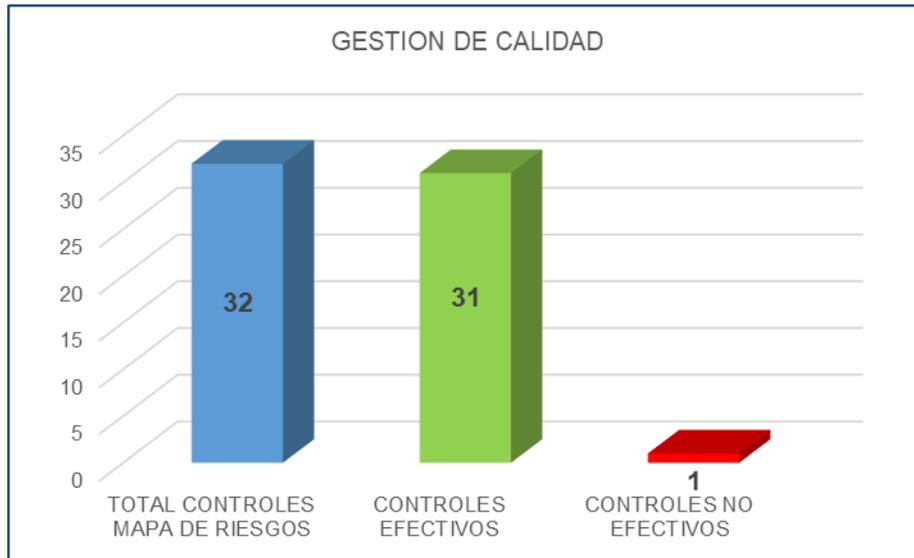
1. Retrasos en el desarrollo de la auditoria

EFECTIVIDAD 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: 31
 Controles no efectivos: 1

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



DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Retrasos en el desarrollo de la auditoria</i>	<i>1.Procedimiento de auditoria para el mejoramiento de la calidad</i>

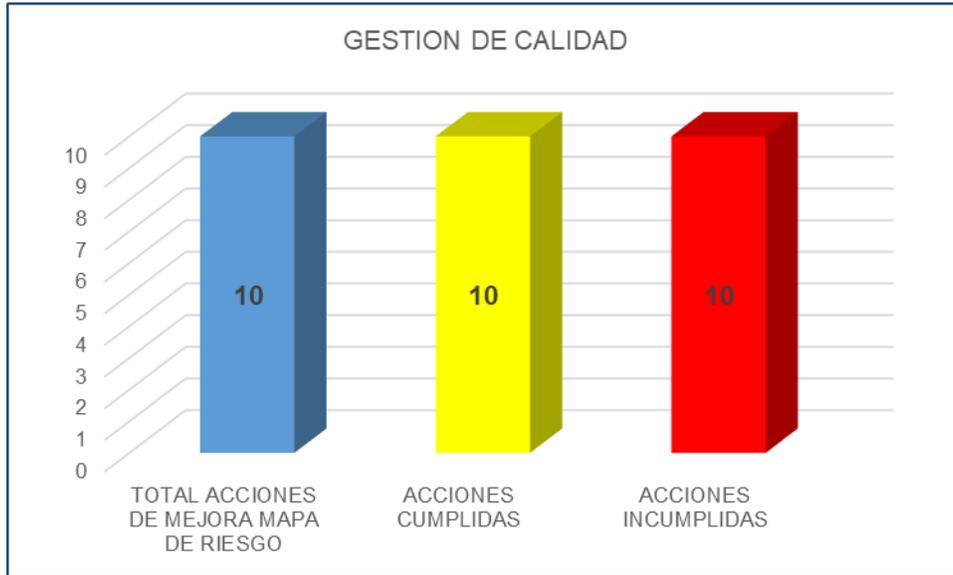
ACCIONES NO CUMPLIDAS

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.

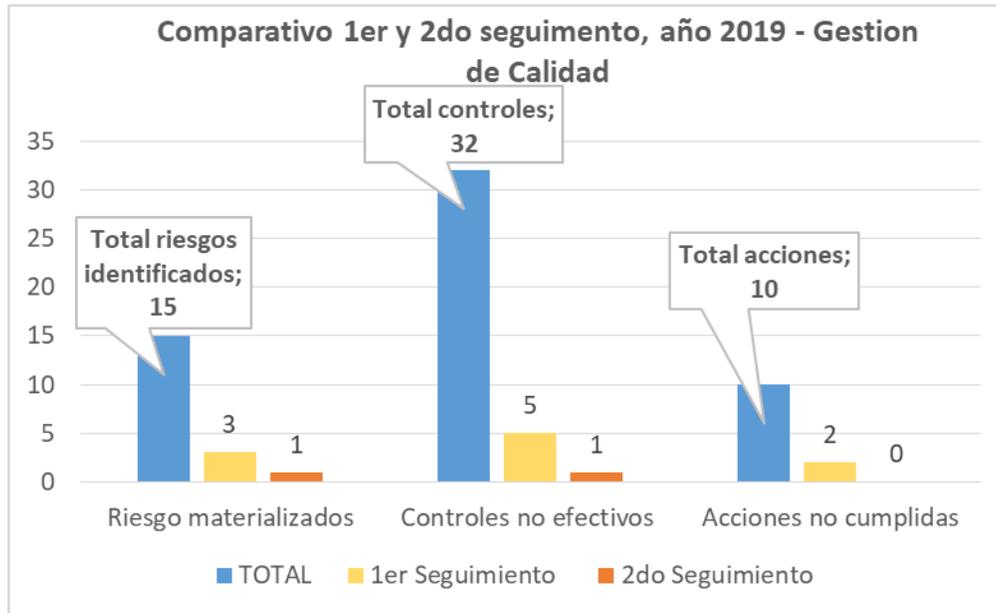
Total de acciones: 10
 Acciones cumplidas: 10
 Acciones incumplidas 0

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO



COMPARATIVO DEL PRIMER Y SEGUNDO SEGUIMIENTO A CONTROLES Y ACCIONES EN LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO GESTION DE CALIDAD

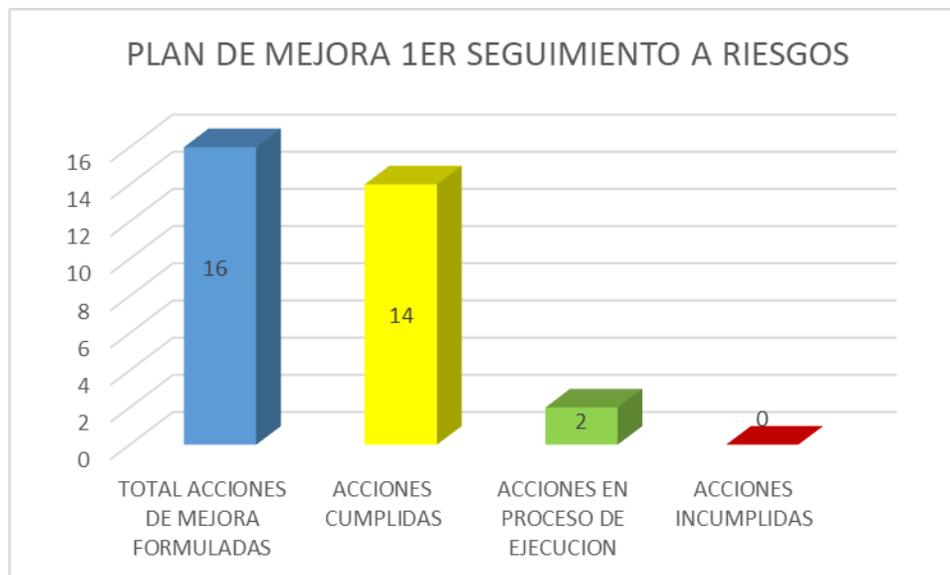


PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO A LA MATRIZ DE RIESGOS GESTION DE CALIDAD

De acuerdo al primer seguimiento realizado a la efectividad de los controles y cumplimiento de acciones establecidos en la matriz de riesgos, se documentaron 7 hallazgos, por tal motivo, se

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

estableció un plan de mejoramiento al cual la Oficina de Control Interno realizó seguimiento, obteniendo los siguientes resultados:



HALLAZGOS

Control: Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad

Se evidencia la materialización del riesgo “Retrasos en la auditoría”, riesgo documentado en el mapa de riesgos Institucional vigencia 2018, se realizó la trazabilidad al cumplimiento de tiempos programados en dos auditorías encontrando lo siguiente:

Se evidenció retraso en dos auditorías programadas para los meses de agosto, septiembre y octubre:

- PAMEC (2 seguimientos programados)
- Auditoría interna de calidad.

RECOMENDACIONES

Es importante actualizar la matriz de riesgos para la vigencia 2020 puesto que acciones de tratamiento propuestas en la matriz vigente ya actúan como barreras de control dentro del proceso.

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

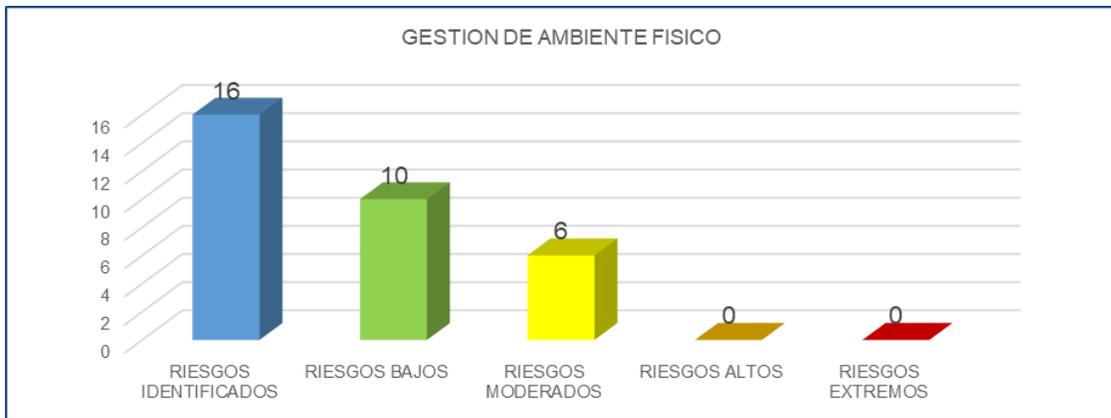
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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

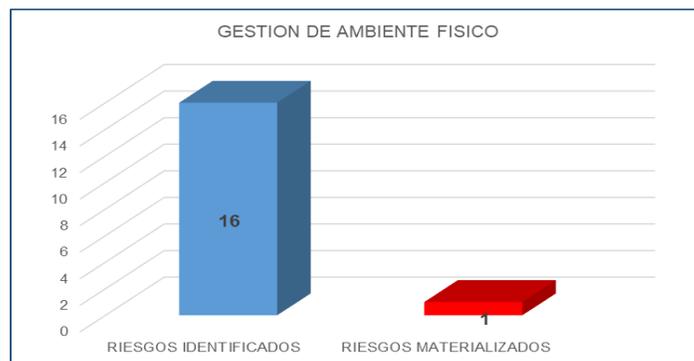
RIESGOS IDENTIFICADOS



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

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 16
 Riesgos materializados: 1



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

DESCRIPCION DEL RIESGOS MATERIALIZADOS

1. No aplicación del protocolo de bioseguridad

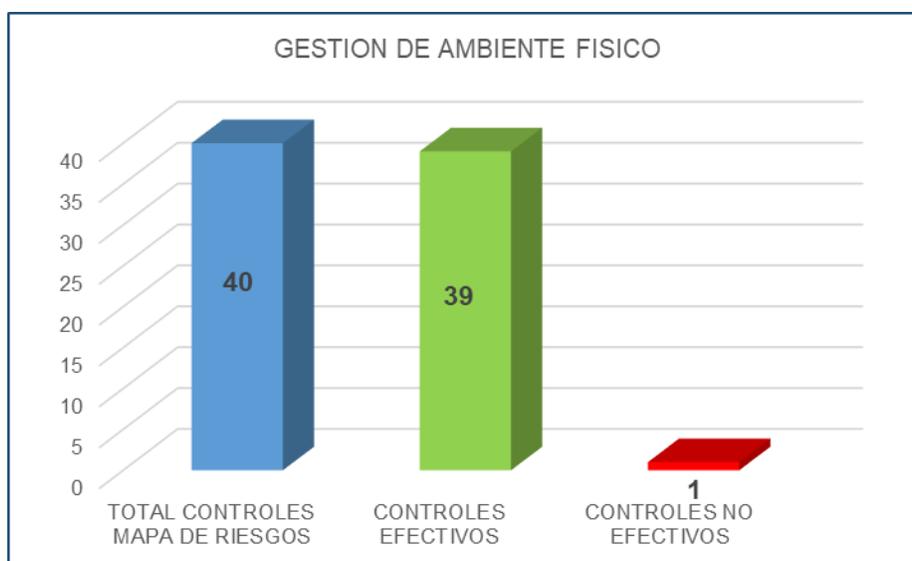
EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

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: 39

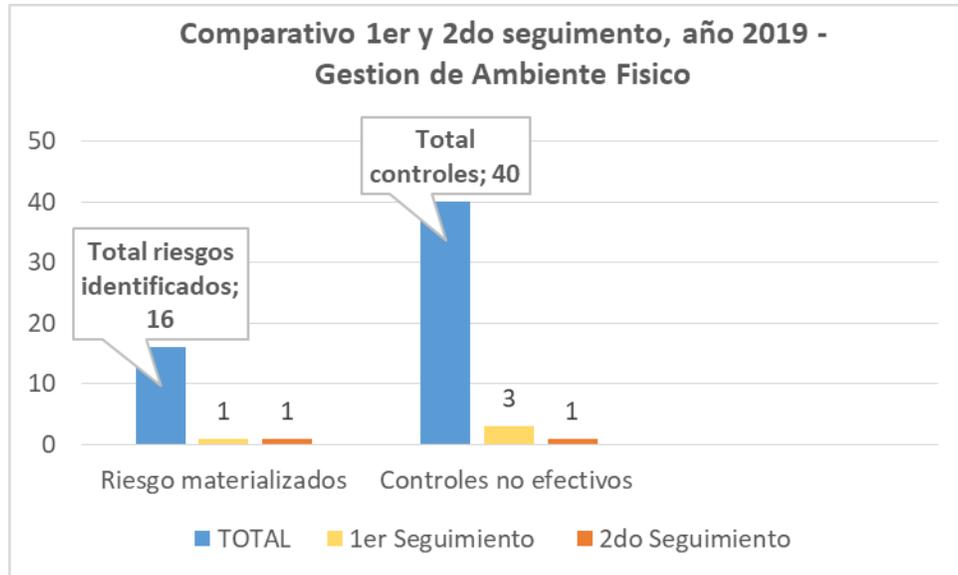
Controles no efectivos: 1



DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

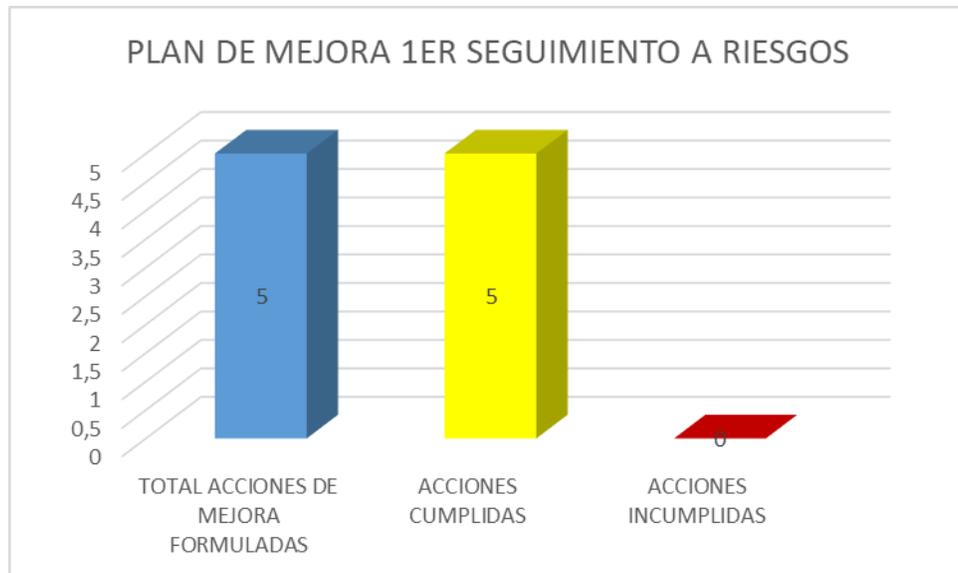
RIESGO QUE MITIGA EL CONTROL	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>No aplicación del protocolo de bioseguridad</i>	<i>1.Despliegue en bioseguridad</i>

COMPARATIVO DEL PRIMER Y SEGUNDO SEGUIMIENTO A CONTROLES Y ACCIONES EN LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO AMBIENTE FISICO



PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO A LA MATRIZ DE RIESGOS PROCESO AMBIENTE FISICO

De acuerdo al primer seguimiento realizado a la efectividad de los controles y cumplimiento de acciones establecidos en la matriz de riesgos, se documentaron 4 hallazgos, por tal motivo, se estableció un plan de mejoramiento al cual la Oficina de Control Interno realizo seguimiento, obteniendo los siguientes resultados:



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

HALLAZGOS

Riesgo: No aplicación del protocolo de bioseguridad

En el segundo seguimiento a la matriz de riesgo 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 el segundo semestre de la vigencia 2019 evidenciando 7 accidentes:

Evidencias:

- Catherin Romero Castro, accidente ocurrido en el mes de junio de 2019.
- Rosa Rosero, accidente ocurrido el día 18 de agosto de 2019.
- Gloria Arcos, accidente ocurrido el día 21 de agosto de 2019.
- Javier Enríquez, accidente ocurrido el día 12 septiembre de 2019.
- Ilva Burbano, accidente ocurrido el día 22 de octubre de 2019.
- Diana Bravo, accidente ocurrido el día 30 de octubre de 2019.
- Ligia López, accidente ocurrido el día 27 de noviembre de 2019.

RECOMENDACIONES

Es importante actualizar la matriz de riesgos para la vigencia 2020 puesto que acciones de tratamiento propuestas en la matriz vigente ya actúan como barreras de control dentro del proceso

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

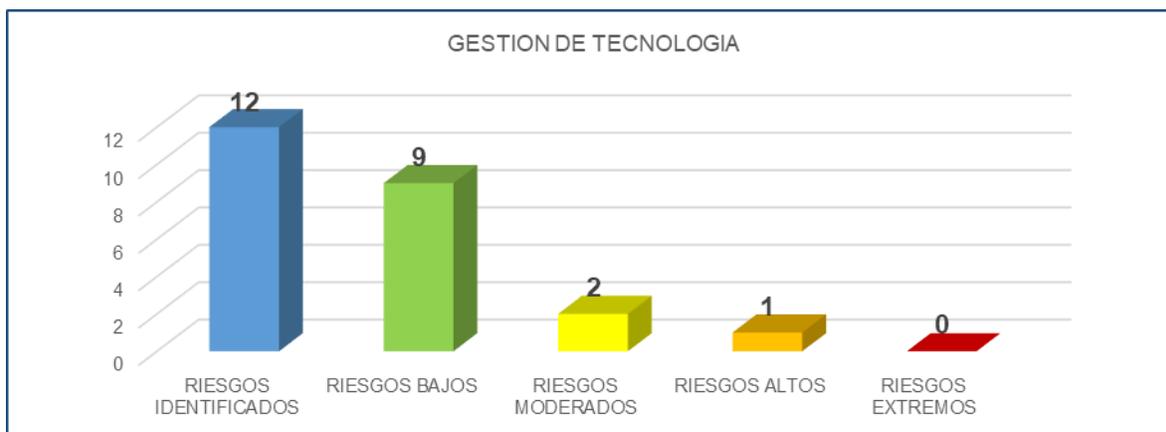
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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*

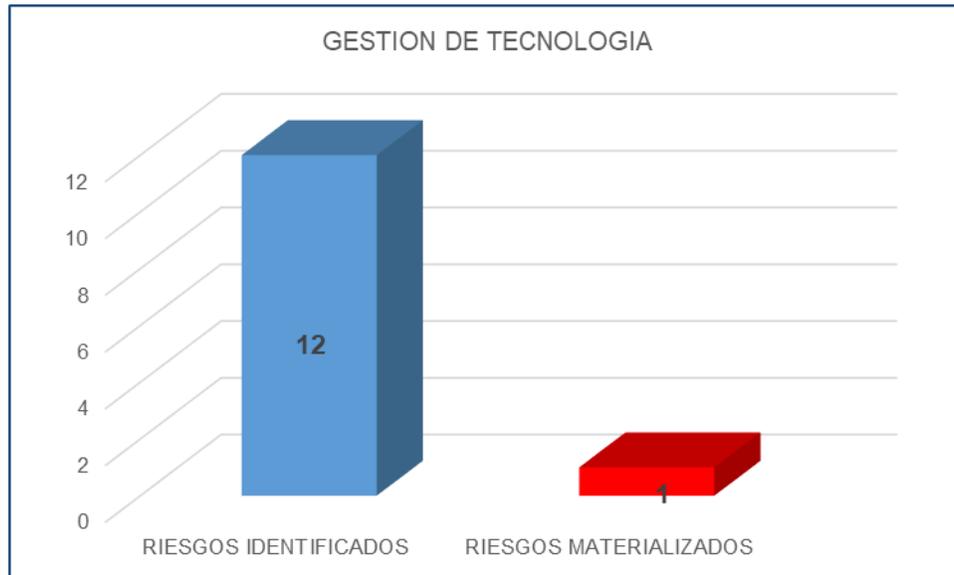
De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 10 de diciembre de 2019 se evidencio:

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 12
 Riesgos materializados: 1

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO



DESCRIPCION DEL RIESGOS MATERIALIZADOS

1. Equipos biomédicos no calibrados

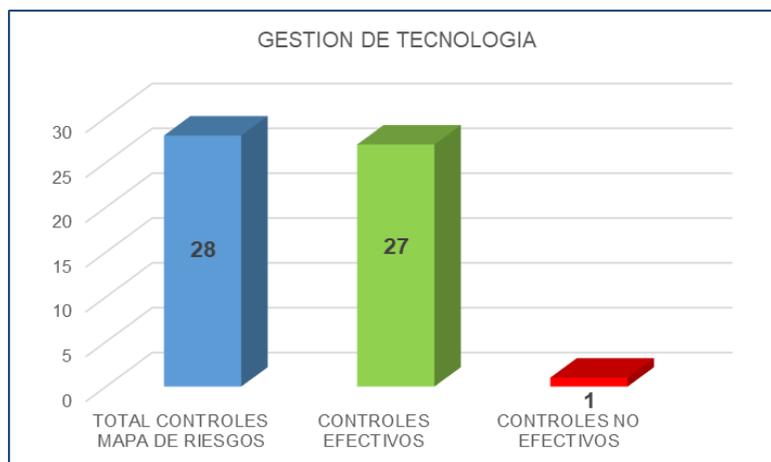
EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

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



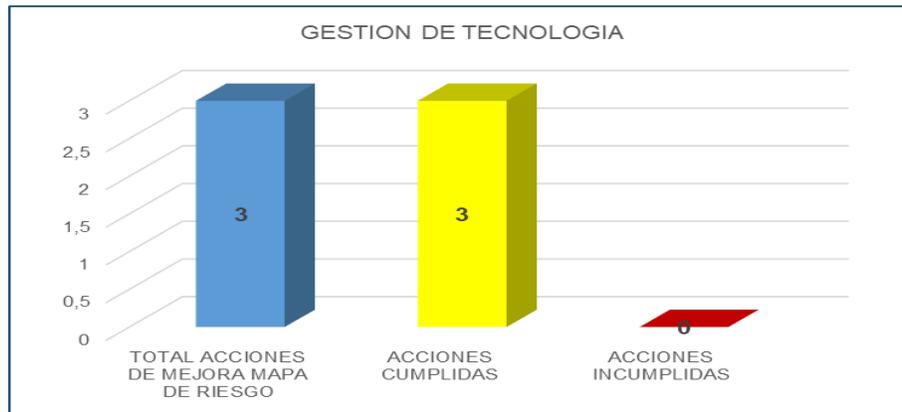
DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Equipos biomédicos no calibrados</i>	<i>1.Cronograma de calibración de equipos, constantemente actualizado</i>

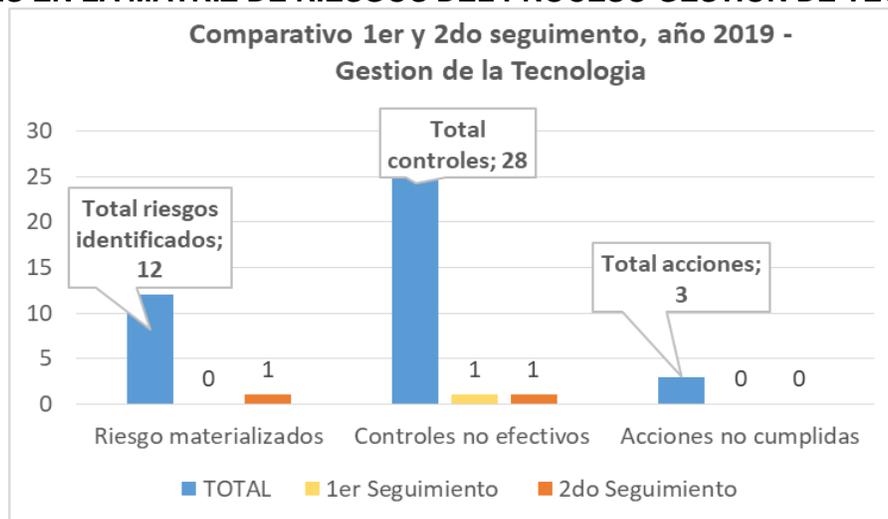
ACCIONES NO CUMPLIDAS

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



COMPARATIVO DEL PRIMER Y SEGUNDO SEGUIMIENTO A CONTROLES Y ACCIONES EN LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO GESTION DE TECNOLOGIA



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

PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO A LA MATRIZ DE RIESGOS GESTION DE TECNOLOGIA

No reporto

HALLAZGOS

Riesgo materializado

Se evidencia la materialización del riesgo relacionado con "Equipos biomédicos no calibrados" de acuerdo a lo siguiente:

Para el mes de julio se programó la calibración de 141 equipos biomédicos e industriales, de los cuales se calibraron 124 (no acreditados), no se realizó el reporte de calibración de 17 equipos (acreditados).

Para el mes de agosto se programó la calibración de 114 equipos biomédicos e industriales, de los cuales se calibraron 110 (no acreditados), no se realizó el reporte de calibración de 52 equipos (acreditados).

Para el mes de septiembre se programó la calibración de 173 equipos biomédicos e industriales, de los cuales se calibraron 156 (no acreditados), no se realizó el reporte de calibración de 57 equipos (acreditados).

Para el mes de octubre se programó la calibración de 186 equipos biomédicos e industriales, de los cuales se calibraron 169 (no acreditados), no se realizó el reporte de calibración de 28 equipos (acreditados).

RECOMENDACIONES

Es importante actualizar la matriz de riesgos para la vigencia 2020 puesto que acciones de tratamiento propuestas en la matriz vigente ya actúan como barreras de control dentro del proceso

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.

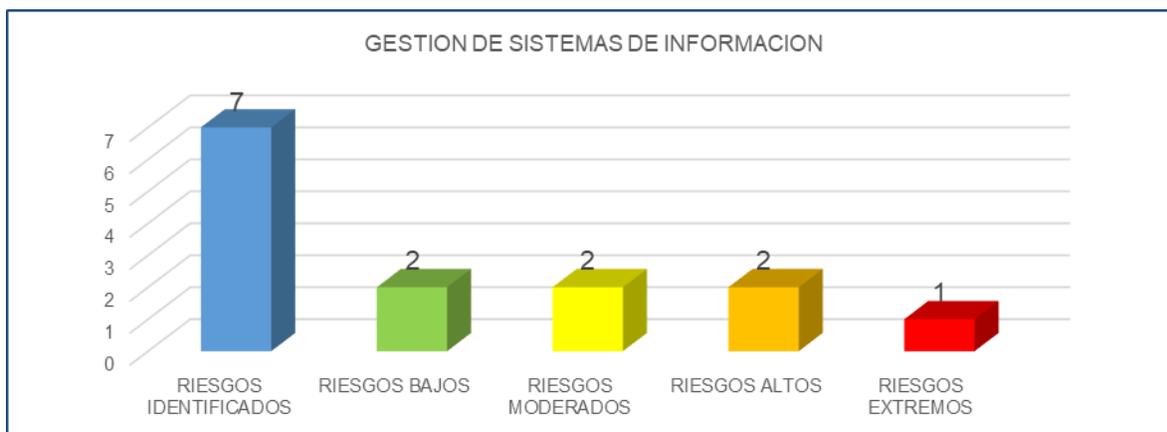
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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> |

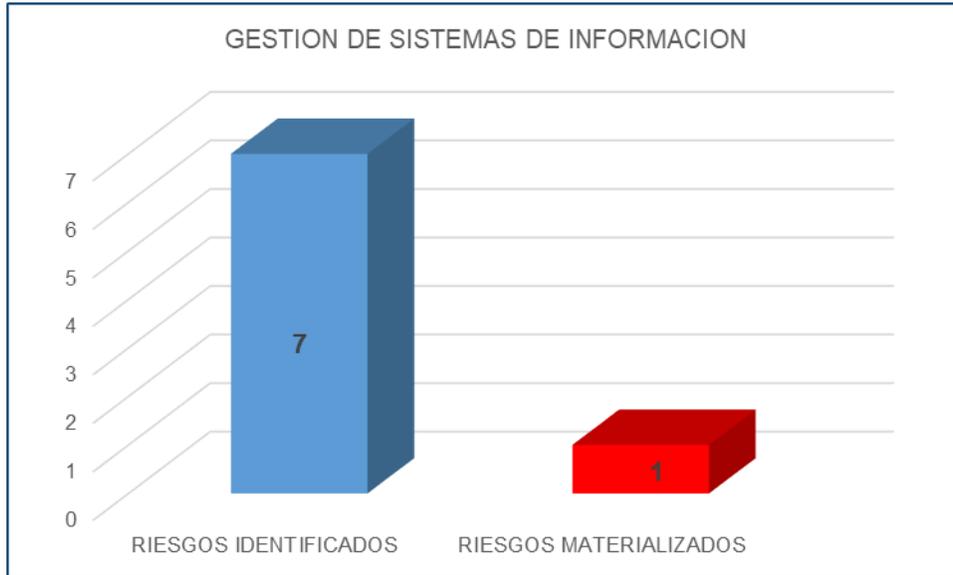
De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio:

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 7
 Riesgos materializados: 1

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

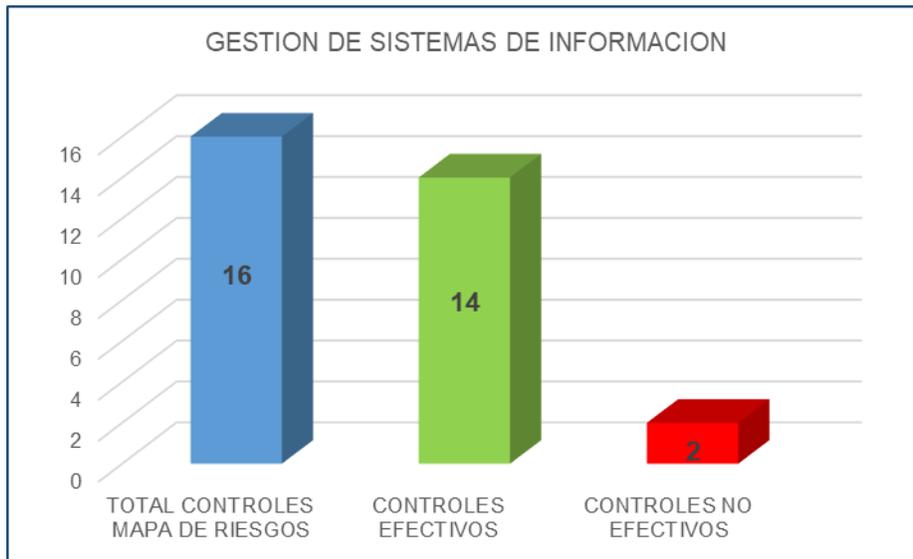
OFICINA DE CONTROL INTERNO



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: 14
 Controles no efectivos: 2



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

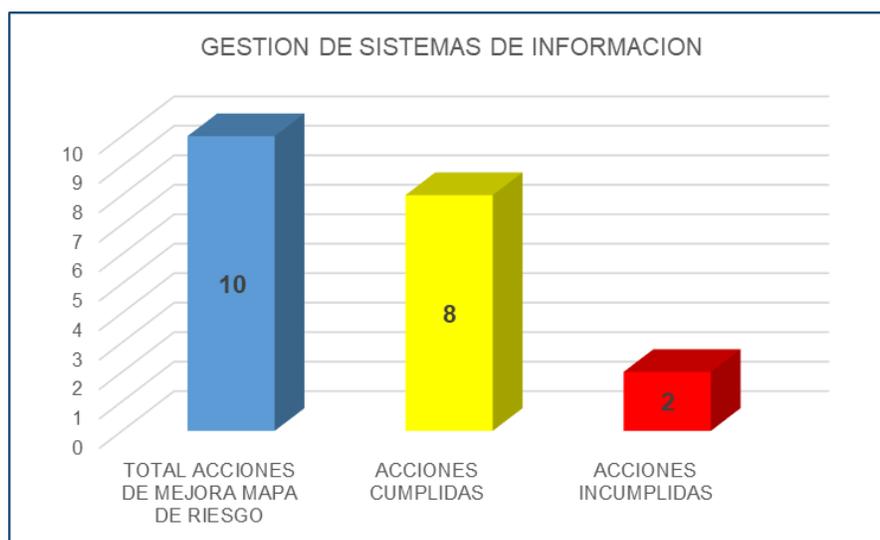
DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Inoportunidad en el reporte y entrega de informes a Entidades</i>	<i>1. Aplicación de la matriz del plan general de informes (Aprobado mediante acto administrativo de Gerencia)</i>
<i>Desinformación o ruido mediático</i>	<i>2. Capacitación al personal en el protocolo de relaciones públicas y comunicación de crisis.</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

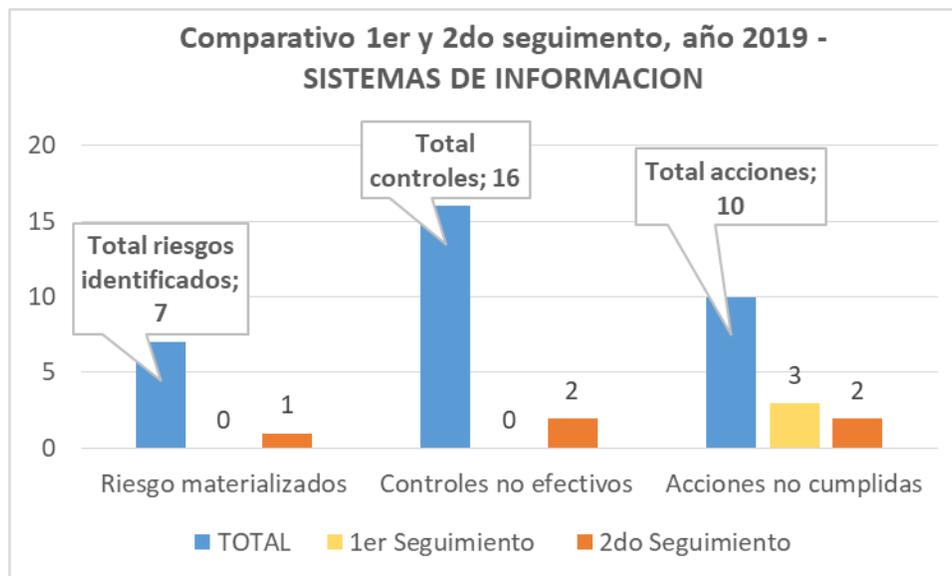


DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION	ACCIONES INCUMPLIDAS
<i>Deterioro de los documentos</i>	<i>1. Adecuación de un espacio físico en la sede administrativa que cumpla con las normas archivísticas</i>
<i>Deterioro de los documentos</i>	<i>2. Traslado del archivo central a la Sede Administrativa de Pasto Salud</i>

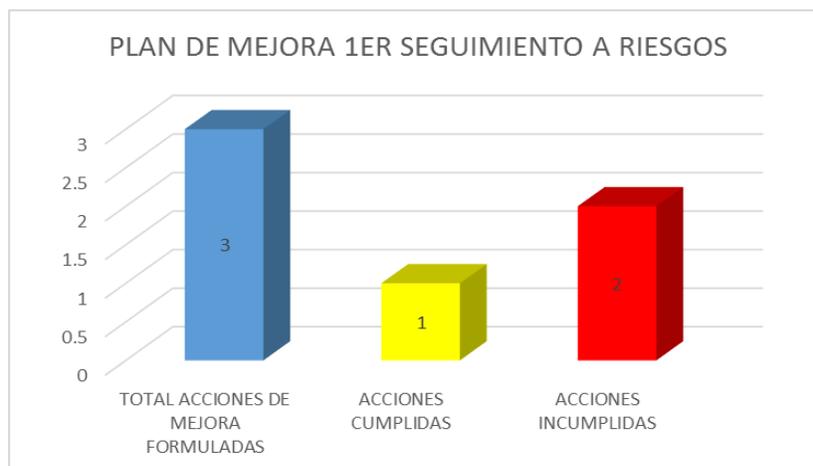
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

COMPARATIVO DEL PRIMER Y SEGUNDO SEGUIMIENTO A CONTROLES Y ACCIONES EN LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO SISTEMAS DE INFORMACION



PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO A LA MATRIZ DE RIESGOS PROCESO SISTEMAS DE INFORMACION

De acuerdo al primer seguimiento realizado a la efectividad de los controles y cumplimiento de acciones establecidos en la matriz de riesgos, se documentaron 3 hallazgos, por tal motivo, se estableció un plan de mejoramiento al cual la Oficina de Control Interno realizo seguimiento, obteniendo los siguientes resultados:



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

DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS DEL PLAN DE MEJORA

HALLAZGO	ACCIONES INCUMPLIDAS
<p><i>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.</i></p>	<p>1. Se reevaluara el riesgo y se propondrán acciones de tratamiento para controlar el riesgo que sean ejecutables y que cuenten con el visto bueno de la secretaria general y gerencia.</p>
<p><i>Se evidencia incumplimiento de la acción correspondiente al "Traslado del archivo central a la Sede Administrativa de Pasto Salud" incumpliendo la acción de tratamiento propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Deterioro de los documentos", del mapa de riesgos Institucional vigencia 2018.</i></p>	<p>2. Se reevaluara el riesgo y se propondrán acciones de tratamiento para controlar el riesgo que sean ejecutables y que cuenten con el visto bueno de la secretaria general y gerencia.</p>

HALLAZGOS

Control: Aplicación de la matriz del plan general de informes (Aprobado mediante acto administrativo de Gerencia).

Se evidencia la materialización del riesgo relacionado con la "inoportunidad en el reporte y entrega de informes a Entidades" toda vez que en el mes de noviembre de 2019, la Oficina de Control Interno realizo seguimiento al cumplimiento de los reportes de acuerdo a la matriz del plan general de informes encontrando lo siguiente:

Cumplimiento del reporte de los informes contenidos en el plan general de informes administrativos:

Primer trimestre 2019: 89.29%

Segundo trimestre 2019: 78.57%

Tercer trimestre 2019: 83.33%

Plan general de informes misionales:

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

Primer trimestre 2019: 93.75%
 Segundo trimestre 2019: 93.3%
 Tercer trimestre 2019: 93.75%

Los informes que presentaron incumplimiento son:

1 Trimestre:

Informe 4 SIA OBSERVA (conclusión sacada del informe de la contraloría municipal)
 Informe 13 Informe trimestral 2193 – Se debía reportar el 15 de febrero y se hizo el 1 de marzo, se aclara que el plan general de informes tramitado por Planeación establece la fecha de entrega al ministerio y de ahí sale el criterio para definir oportunidad.
 Informe 18 SECOP – Solo se está reportando el contrato firmado, la plataforma menciona que se deben reportar todos los actos administrativos en cada etapa.

2 Trimestre:

Informe 4 SIA OBSERVA (conclusión sacada del informe de la contraloría municipal)
 Informe 17 Actualización Plan Anual de Adquisiciones – Según el plan general de informes se debía hacer antes del 31 de julio (fecha establecida por la entidad), se efectuó la modificación por necesidad de actualización el 25 de octubre. Se verifica el requerimiento legal y este no menciona ninguna fecha límite para hacerlo. (Se reporta negativo porque así lo establece el plan de informes aprobado).
 Informe 18 SECOP – Solo se está reportando el contrato firmado, la plataforma menciona que se deben reportar todos los actos administrativos en cada etapa.

3 Trimestre:

Informe 4 SIA OBSERVA (conclusión sacada del informe de la contraloría municipal)
 Informe 18 SECOP – Solo se está reportando el contrato firmado, la plataforma menciona que se deben reportar todos los actos administrativos en cada etapa.
 Informe 25 Informe de inversión de recursos – Plan de Mantenimiento Hospitalario : El plazo establecido en el plan general de informes es el 8 de julio, fecha que es el criterio del seguimiento, pero se evidencia correo electrónico del IDSN en el que se establece como plazo de entrega el día 12 de julio, fecha con la cual si se cumpliría.

Informes misionales:

Los Informes que presentan incumplimiento todos los trimestres son:
 Informe 31 Informe de nutrición – Todas las fechas de reporte están entre el 19 y 25 de cada mes, el plan general de informes establece que es hasta el 10.
 Informe 47 Registro de actividades de protección específica y detección temprana – Se evaluó la entrega a la SMS encontrando que la fecha límite se estableció el día 12 de cada mes, pero los meses de enero, marzo, abril, mayo y septiembre presentaron inoportunidad.

Control: Capacitación al personal en el protocolo de relaciones públicas y comunicación de crisis.

Para la vigencia 2019, se evidencia incumplimiento del control “capacitación específica al personal en el protocolo de relaciones públicas y comunicación de crisis”, establecido para mitigar el riesgo relacionado con "Desinformación o ruido mediático".

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

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

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.

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.

INCUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO A LOS HALLAZGOS DEL PRIMER SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS

1. Se evidencia incumplimiento de la acción relacionada con "Se reevaluara el riesgo y se propondrán acciones de tratamiento para controlar el riesgo que sean ejecutables y que cuenten con el visto bueno de la Secretaria General y Gerencia" para subsanar el hallazgo relacionado con "Adecuación de un espacio físico en la sede administrativa que cumpla con las normas archivísticas".
2. Se evidencia incumplimiento de la acción relacionada con "Se reevaluara el riesgo y se propondrán acciones de tratamiento para controlar el riesgo que sean ejecutables y que cuenten con el visto bueno de la Secretaria General y Gerencia" para subsanar el hallazgo relacionado con "Traslado del archivo central a la Sede Administrativa de Pasto Salud"

RECOMENDACIONES

Es importante actualizar la matriz de riesgos para la vigencia 2020 puesto que acciones de tratamiento propuestas en la matriz vigente ya actúan como barreras de control dentro del proceso

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
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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 11 de diciembre de 2019, se evidencio lo siguiente:

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 12
 Riesgos materializados: 0

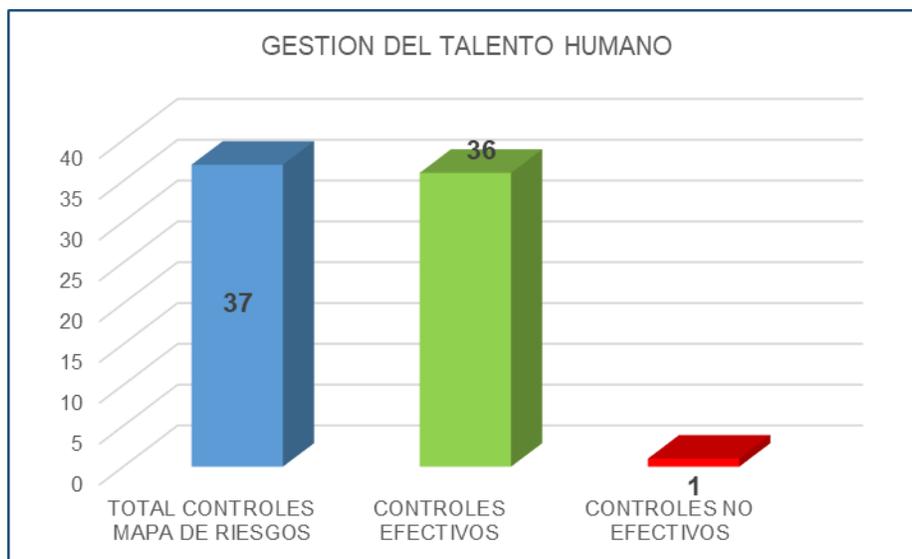
VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO			



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: 36
 Controles no efectivos: 1



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

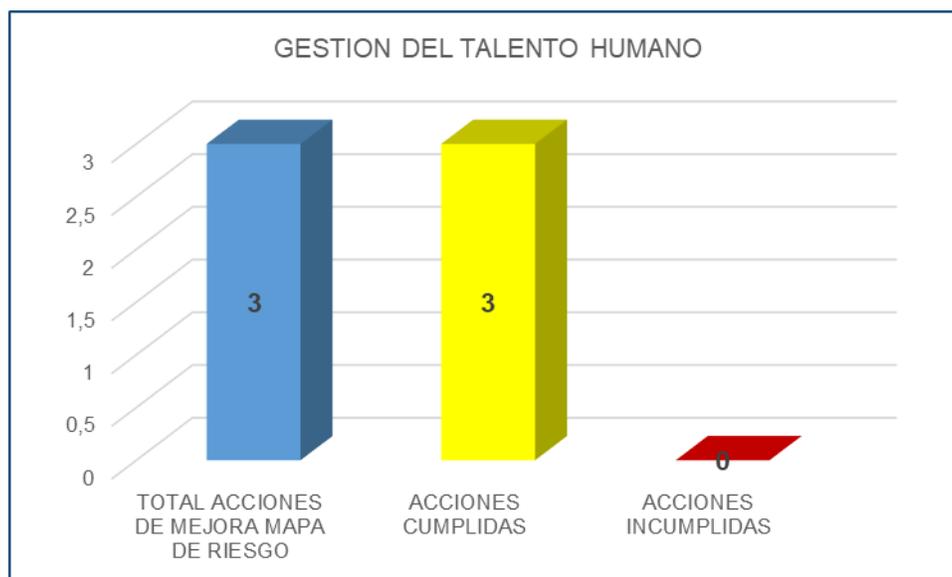
DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Perdida de información de las historias laborales.</i>	<i>1.Foliación de historias laborales</i>

ACCIONES NO CUMPLIDAS

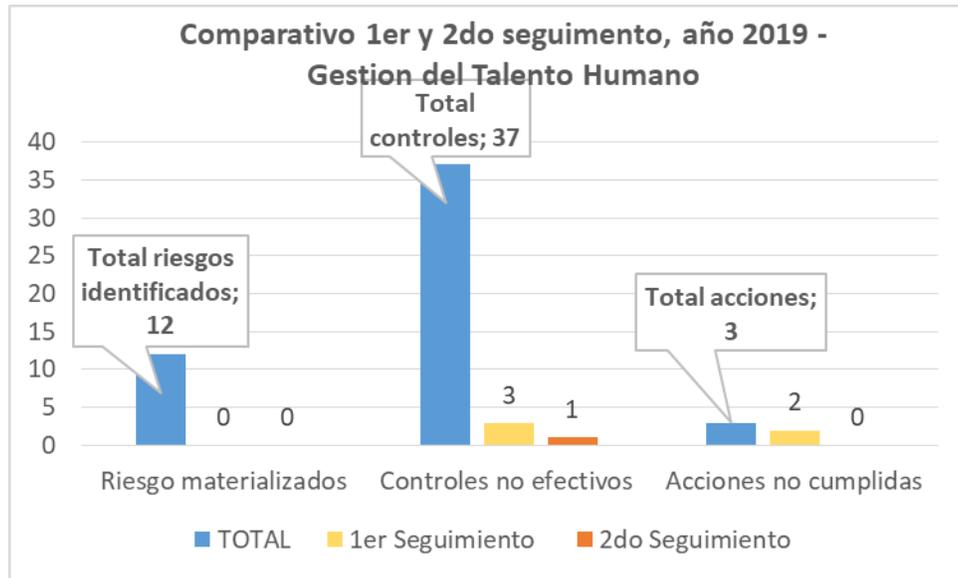
A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

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



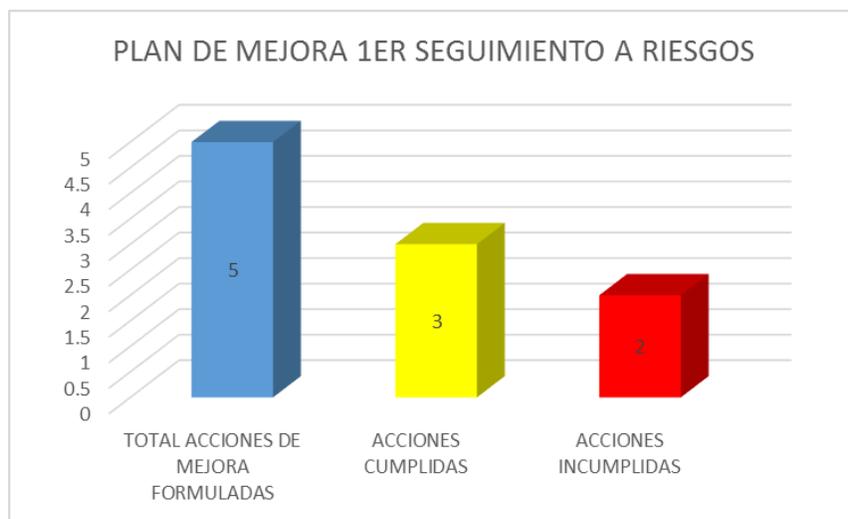
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

COMPARATIVO DEL PRIMER Y SEGUNDO SEGUIMIENTO A CONTROLES Y ACCIONES EN LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO



PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO A LA MATRIZ DE RIESGOS GESTION DEL TALENTO HUMANO

De acuerdo al primer seguimiento realizado a la efectividad de los controles y cumplimiento de acciones establecidos en la matriz de riesgos, se documentaron 5 hallazgos, por tal motivo, se estableció un plan de mejoramiento al cual la Oficina de Control Interno realizo seguimiento, obteniendo los siguientes resultados:



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

HALLAZGO	ACCIONES INCUMPLIDAS
<p><i>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.</i></p> <p><i>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).</i></p>	<p><i>Culminar el proceso de foliación de las historias laborales con el apoyo de los auxiliares administrativos designados</i></p>
<p><i>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.</i></p>	<p><i>Todas las actividades relacionadas en el PIC 2019 se encuentran bajo seguimiento de Indicadores de Eficacia, participación e Impacto</i></p> <p><i>1. Indicadores de eficacia: Evaluación de conocimientos al 80% de asistentes con calificación superior a 3,5 de la población -No de evaluados con 4.5 x 100 / No Total de evaluados</i></p> <p><i>2. Indicador de participación: Socialización al 80% de la población -No de participantes x 100 / No Total de convocados -Plan de sesión, Informe y Lista de asistencia</i></p> <p><i>3. Indicador de Impacto: Adherencia a los contenidos de la capacitación - No de eventos adversos detectados y gestionados/ No Total de eventos reportados</i></p>

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

HALLAZGOS

Control: Foliación de historias laborales

1. 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.

De acuerdo al proceso de foliación de las historias laborales se verifica que la planta temporal se encuentra al 100%.

De 152 historias laborales correspondiente a planta fija, se encuentran foliadas 50 de ellas, que corresponde al 33%.

INCUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO A LOS HALLAZGOS DEL PRIMER SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS

No se evidencia la foliación de la totalidad de las historias laborales de los funcionarios vinculados a la Empresa.

Se evidencia incumplimiento de la actividad relacionada con la evaluación del indicador de Impacto: Adherencia a los contenidos de la capacitación -No de eventos adversos detectados y gestionados/ No Total de eventos reportados.

RECOMENDACIONES

Es importante actualizar la matriz de riesgos para la vigencia 2020 puesto que acciones de tratamiento propuestas en la matriz vigente ya actúan como barreras de control dentro del proceso

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

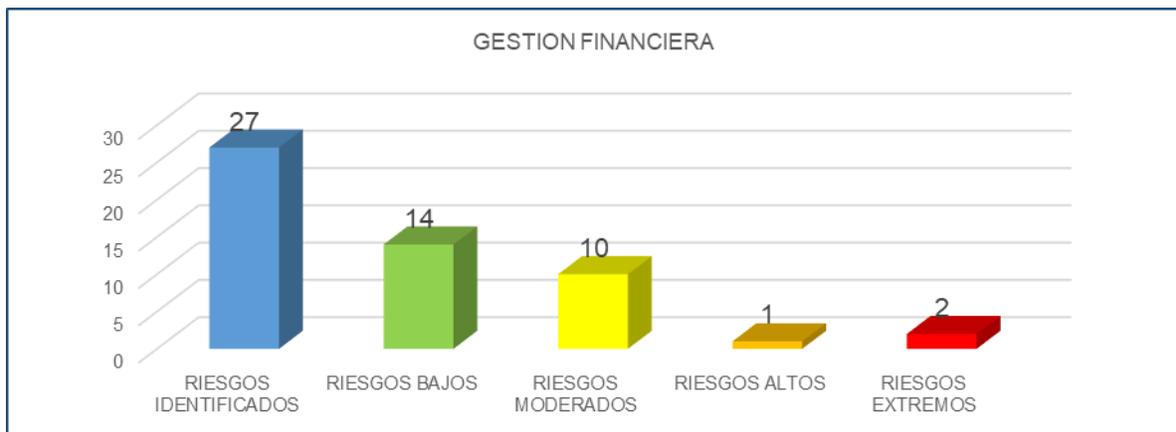
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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

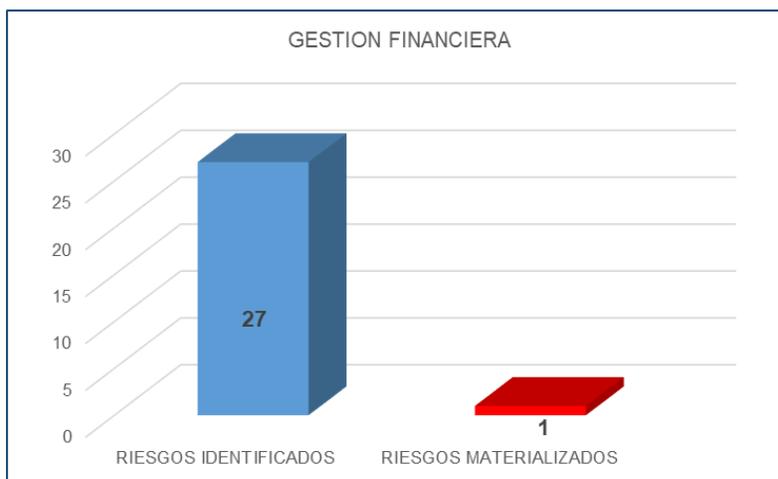
- | |
|--|
| 1. Ausencia de información de costos por servicio. |
| 2. No presentación o presentación inoportuna de las cuentas de cobro. |
| 3. Inoportunidad en la entrega de la respuesta a glosas a las diferentes ERP |

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 05 de diciembre 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: 27
Riesgos materializados: 1



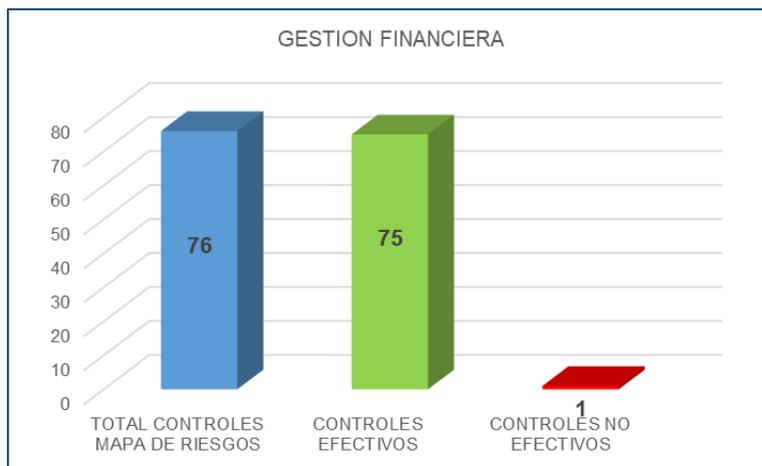
DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS

1. *Falla en la facturación del servicio prestado"*

EFECTIVIDAD 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: 75
Controles no efectivos: 1



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

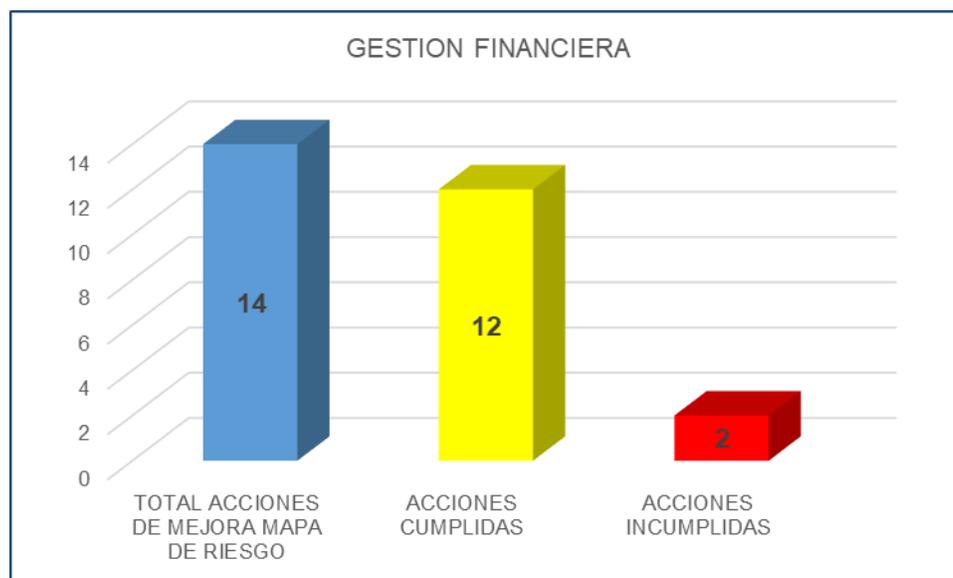
DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>No facturación del servicio prestado</i>	<i>1.Auditorias y seguimiento a la facturación efectiva</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: 14
 Acciones cumplidas: 12
 Acciones incumplidas 2

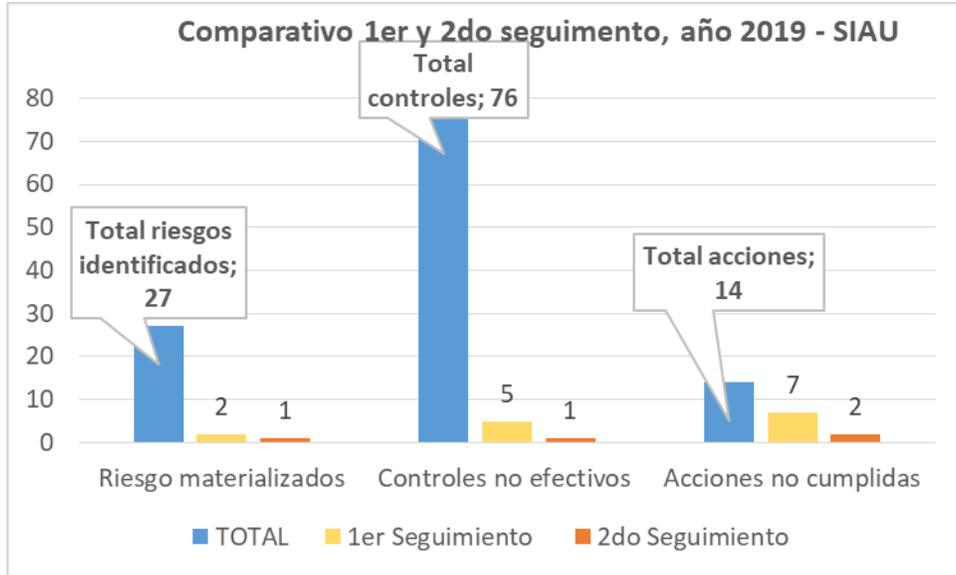


DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION	ACCIONES INCUMPLIDAS
<i>Falla en la facturación del servicio prestado</i>	<i>1.Verificación del procedimiento de seguimiento a la facturación previo a 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>2. Seguimiento a la aplicación del procedimiento de facturación a través de un formato de seguimiento</i>

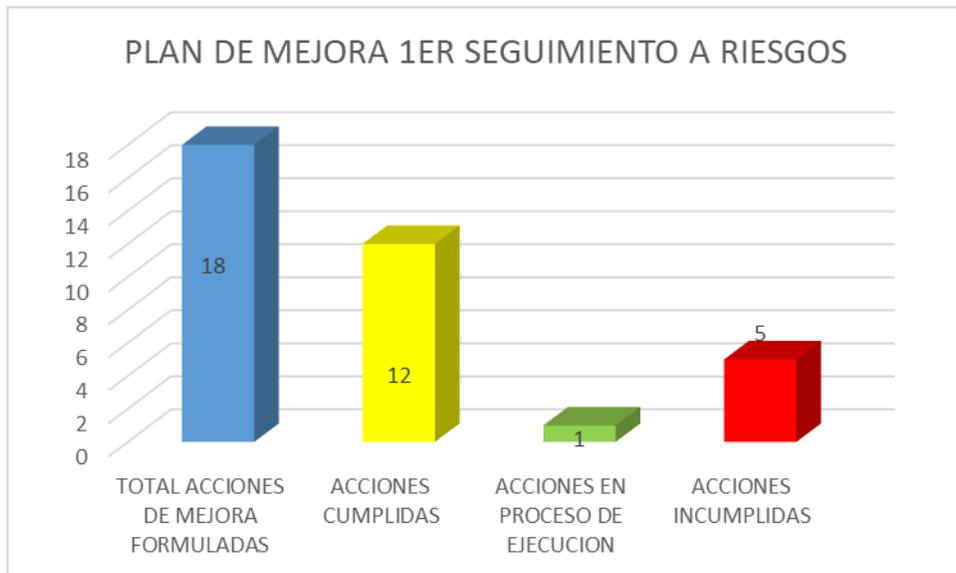
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

COMPARATIVO DEL PRIMER Y SEGUNDO SEGUIMIENTO A CONTROLES Y ACCIONES EN LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO GESTION FINANCIERA



PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO A LA MATRIZ DE RIESGOS GESTION FINANCIERA

De acuerdo al primer seguimiento realizado a la efectividad de los controles y cumplimiento de acciones establecidos en la matriz de riesgos, se documentaron 16 hallazgos, por tal motivo, se estableció un plan de mejoramiento al cual la Oficina de Control Interno realizo seguimiento, obteniendo los siguientes resultados:



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

DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS DEL PLAN DE MEJORA

HALLAZGO	ACCIONES INCUMPLIDAS
<p><i>El área de cartera, no cuenta con un manual con el debido respaldo de un hecho administrativo que lo certifique como tal</i></p>	<p>1. Actualizar y aprobar el reglamento interno de recaudo de cartera de la empresa</p>
<p><i>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".</i></p>	<p>2. Se realizara una reunión en los 10 primeros días de cada mes con los cuatro cajeros principales y la Subgerfinanciera para reforzar la presentación del informe en cada red y se muestren los errores frecuentes y las acciones efectivas aplicadas para evaluar la más efectiva y sea de uso general.</p>
<p><i>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.</i></p>	<p>3. Se identificara las necesidades de facturación a través de un sondeo en las redes y se programara capacitación requerida</p>
<p><i>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.</i></p>	<p>4. Se presentara los resultados de la actividad 1 de este plan de mejoramiento a la oficina de control internos y se coordinara con la realización de auditorías de campo en las IPS de cada red</p>

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

<p><i>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.</i></p>	<p><i>5. Se realizarán visitas aleatorias a las IPS de cada red para verificar adherencias al procedimiento de facturación</i></p>
--	--

HALLAZGOS

Riesgo materializado:

Control: Auditorías y seguimiento a la facturación efectiva

1. Se evidencia la materialización del riesgo "falta en la facturación del servicio prestado" toda vez que se realizó la trazabilidad al cumplimiento del procedimiento "auditoria previa a la presentación de cuentas de cobro" encontrando que:

Se revisó informe semanal de seguimiento a la facturación del mes de noviembre de 2019 de la Red Occidente, encontrando que los informe son reportados del 1 al 11 de noviembre, no se evidencia reporte de las semanas posteriores al mes evaluado, dichos informes se encuentran sin planes de mejora.

Se evidencia que la Red Occidente no reporta seguimiento a la facturación correspondiente a los meses de agosto septiembre y octubre de 2019.

Se evidencia que la Red Sur, no reporta seguimiento a la facturación correspondiente a los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre de 2019.

Se evidencia que la Red Oriente, no reporta seguimiento a la facturación correspondiente al mes de octubre de 2019

De acuerdo a lo anterior se verifica una gran cantidad de facturas devueltas por las Entidades responsables de pago.

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

2. 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.

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

Acción: Seguimiento a la aplicación del procedimiento de facturación

3. 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.

INCUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO A LOS HALLAZGOS DEL PRIMER SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS

1. Se actualizo el manual de recaudo de cartera el documento fue enviado el día 30 de noviembre para revisión a los involucrados para posterior aprobación.

Se evidencia incumplimiento de la actividad relacionada con "aprobar el reglamento interno de recaudo de cartera de la Empresa" para subsanar el hallazgo relacionado con "El área de cartera, no cuenta con un manual con el debido respaldo de un hecho administrativo que lo certifique como tal".

2. Se evidencia incumplimiento de la actividad relacionada con "realizar una reunión en los 10 primeros días de cada mes con los cuatro cajeros principales y la subgerencia financiera para reforzar la presentación del informe en cada red y se muestren los errores frecuentes y las acciones efectivas" para subsanar el hallazgo relacionado con " fallas en el reporte de seguimiento a la facturación previo a las cuentas de cobro.

3. Se evidencia incumplimiento de la acción relacionada con "identificar las necesidades de facturación a través de un sondeo en las redes y se programara capacitación requerida" para subsanar el hallazgo relacionado con " Realizar capacitaciones periódicas en temas de facturación y contratos con las diferentes EPS o aseguradoras.

4. Se evidencia incumplimiento de la acción relacionada con "coordinar auditorias con la Oficina de Control Interno" para subsanar el hallazgo relacionado con " Verificación del procedimiento de seguimiento a la facturación previo a la radicación de cuentas por parte de la Oficina de Control Interno".

5. Se evidencia incumplimiento de la acción relacionada con "realizar visitas aleatorias a las IPS de cada red para verificar adherencias al procedimiento de facturación" para subsanar el hallazgo relacionado con " Seguimiento a la aplicación del procedimiento de facturación".

RECOMENDACIONES

Es importante actualizar la matriz de riesgos para la vigencia 2020 puesto que acciones de tratamiento propuestas en la matriz vigente ya actúan como barreras de control dentro del proceso

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

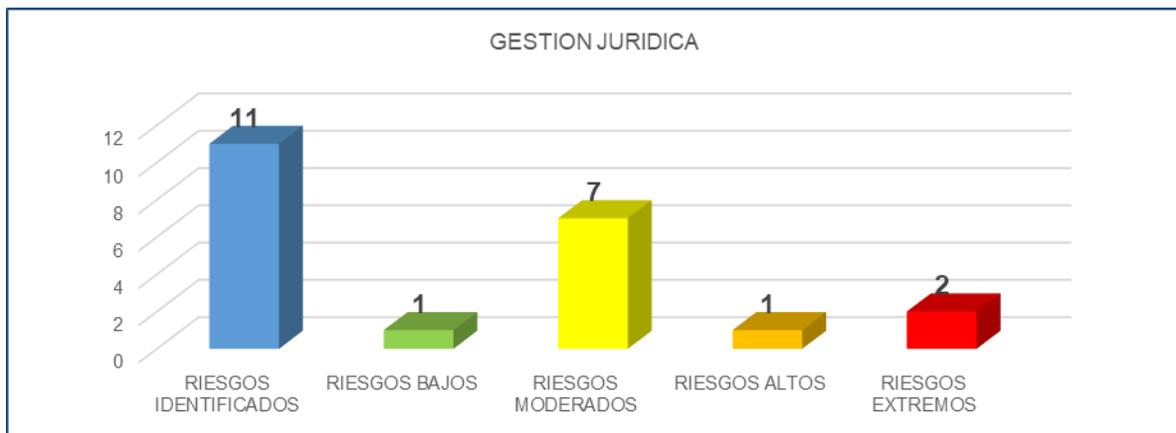
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

GESTION JURIDICA

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

Riesgos identificados: 11
 Riesgos con severidad bajo: 1
 Riesgos con severidad moderada: 7
 Riesgos con severidad alto: 1
 Riesgos con severidad extremos: 2

RIESGOS IDENTIFICADOS



Riesgos altos y/o extremos

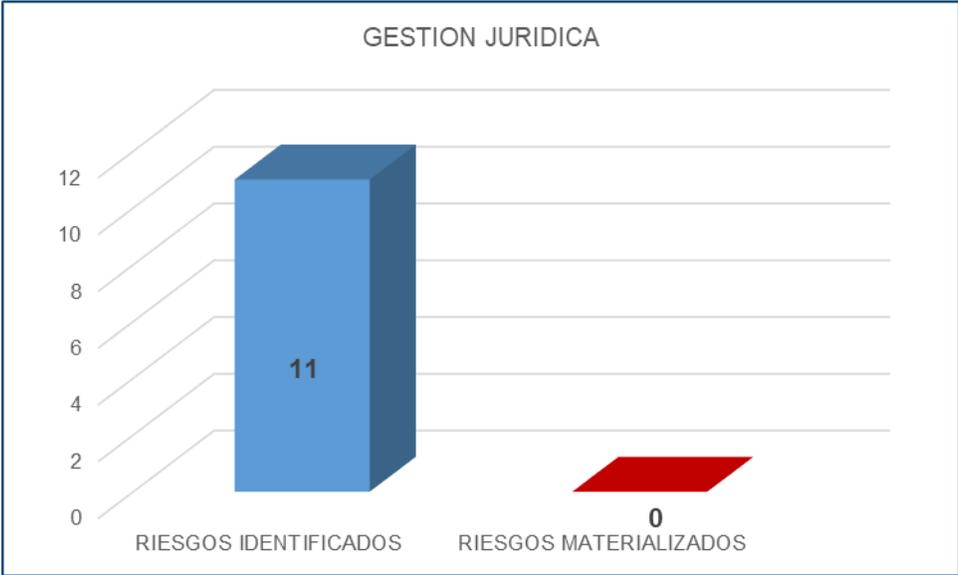
- | |
|--|
| 1. <i>Demoras en el proceso de contratación de bienes y servicios.</i> |
| 2. <i>Suscribir un contrato sin verificar que la documentación necesaria este completa.</i> |
| 3. <i>Contestación de derechos de petición, tutelas, reclamaciones administrativas fuera del término legal</i> |

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 09 de diciembre de 2019, se evidencio lo siguiente:

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 11
 Riesgos materializados: 0

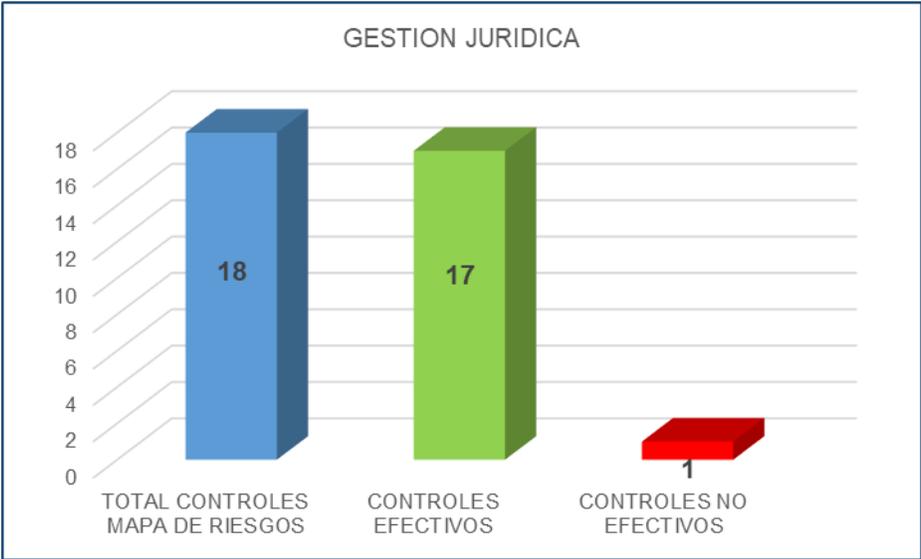
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				



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: 18
- Controles efectivos: 17
- Controles no efectivos: 1



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

DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

RIESGO AL QUE PERTENECE EL CONTROL	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Ejecución contractual sin cumplimiento de requisitos de ejecución</i>	<i>1. Emisión de circular sobre el procedimiento contractual y requisitos de ejecución.</i>

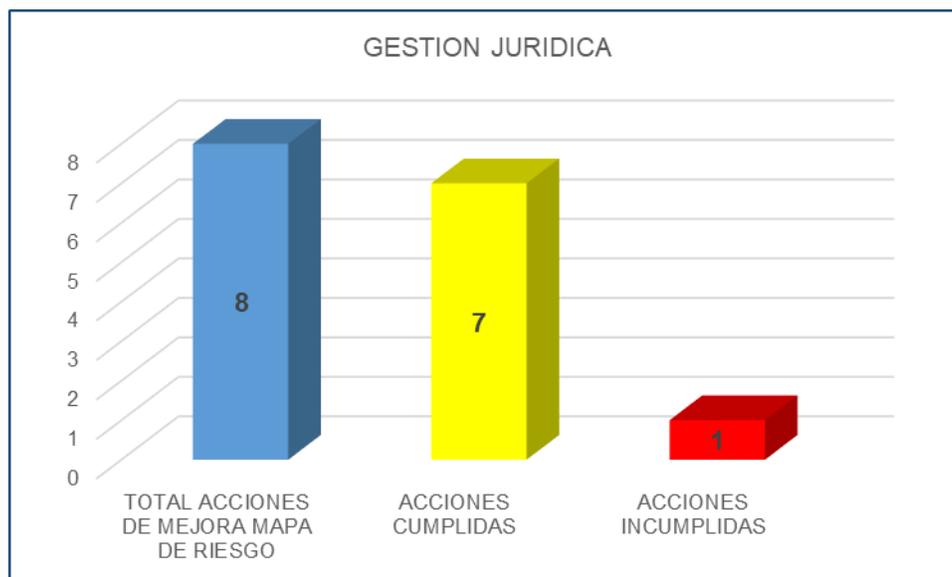
ACCIONES NO CUMPLIDAS

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: 8

Acciones cumplidas: 7

Acciones incumplidas 1



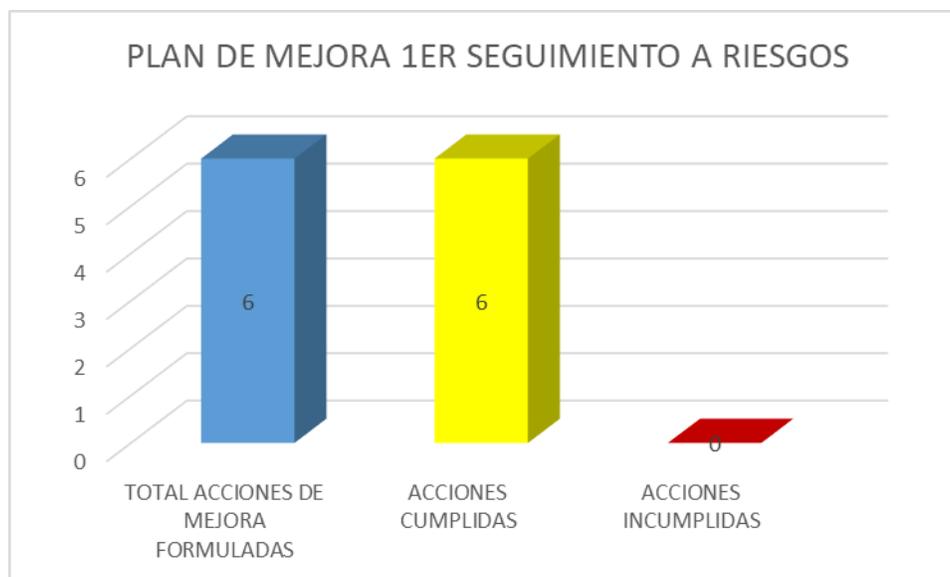
DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION	ACCIONES INCUMPLIDAS
<i>Demoras en el proceso de contratación de bienes y servicios".</i>	<i>1. Implementar la hoja de ruta para determinar tiempos entre solicitud de CDP hasta el proceso de cumplimiento de requisitos.</i>

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

PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO A LA MATRIZ DE RIESGOS GESTION JURIDICA

De acuerdo al primer seguimiento realizado a la efectividad de los controles y cumplimiento de acciones establecidos en la matriz de riesgos, se documentaron 2 hallazgos, por tal motivo, se estableció un plan de mejoramiento al cual la Oficina de Control Interno realizo seguimiento, obteniendo los siguientes resultados:



HALLAZGOS

Acción: implementar la hoja de ruta para determinar tiempos entre solicitud de CDP hasta el proceso de cumplimiento de requisitos

1. Se evidencia el incumplimiento de la acción "implementar la hoja de ruta para determinar tiempos entre solicitud de CDP hasta el proceso de cumplimiento de requisitos" acción establecida para mitigar el riesgo relacionado con "Demoras en el proceso de contratación de bienes y servicios".

Control: Emisión de circular sobre el procedimiento contractual y requisitos de ejecución

2. Se evidencia el incumplimiento de la ejecución del control "Emisión de circular sobre el procedimiento contractual y requisitos de ejecución" control establecida para mitigar el riesgo relacionado con "Ejecución contractual sin cumplimiento de requisitos de ejecución"

RECOMENDACIONES

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

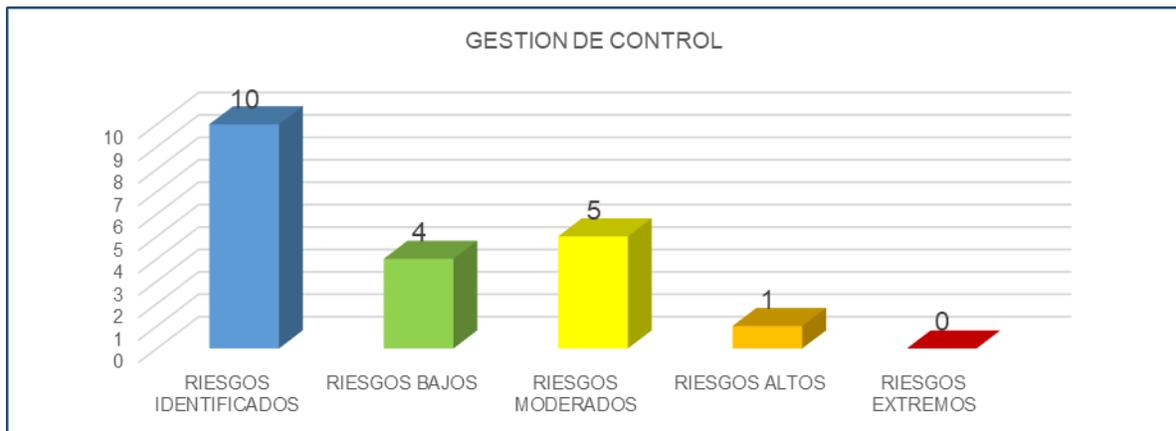
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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

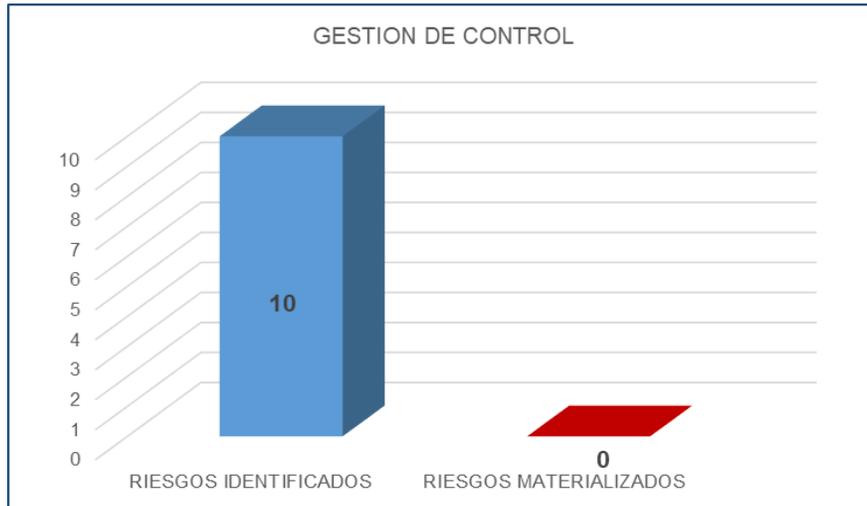
1. *Perdida de información objeto de análisis de auditoría por parte del auditor.*

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

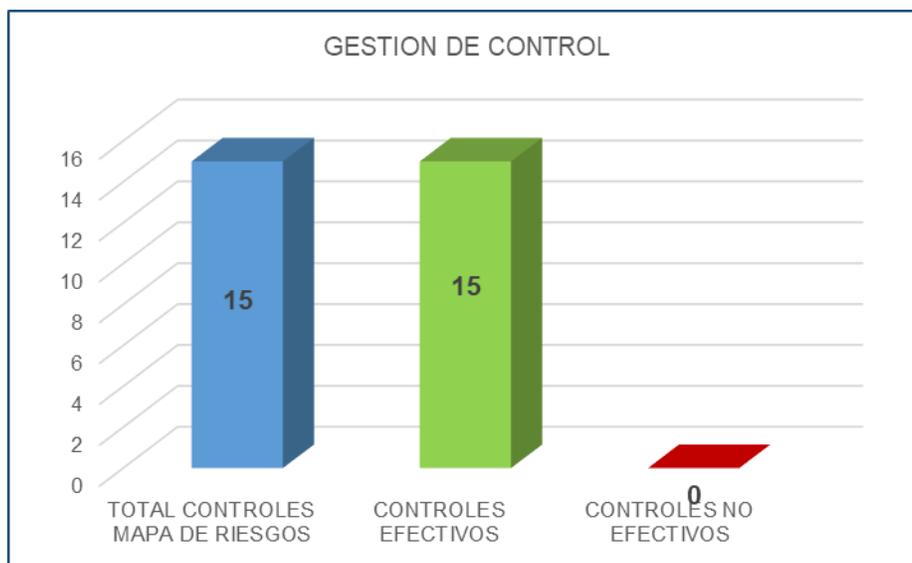
Riesgos identificados: 10
 Riesgos materializados: 0



EFECTIVIDAD 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

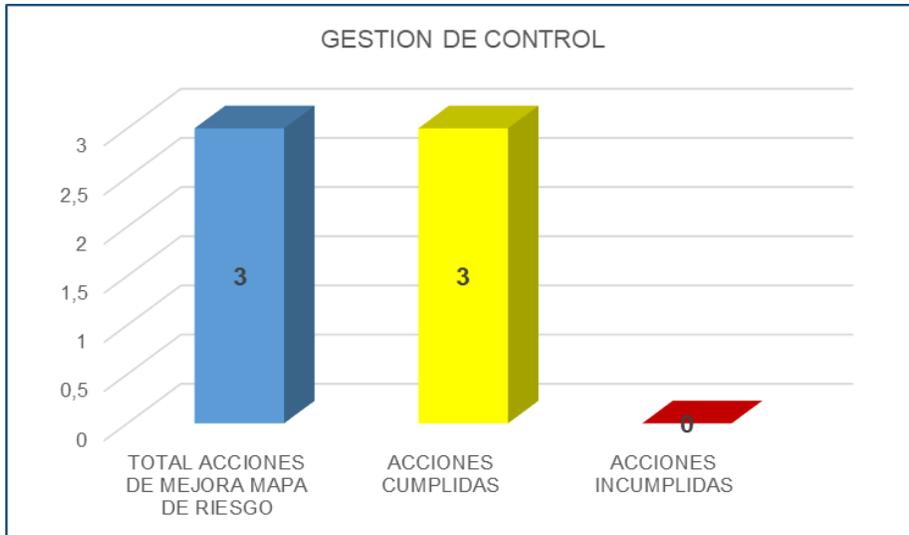


	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

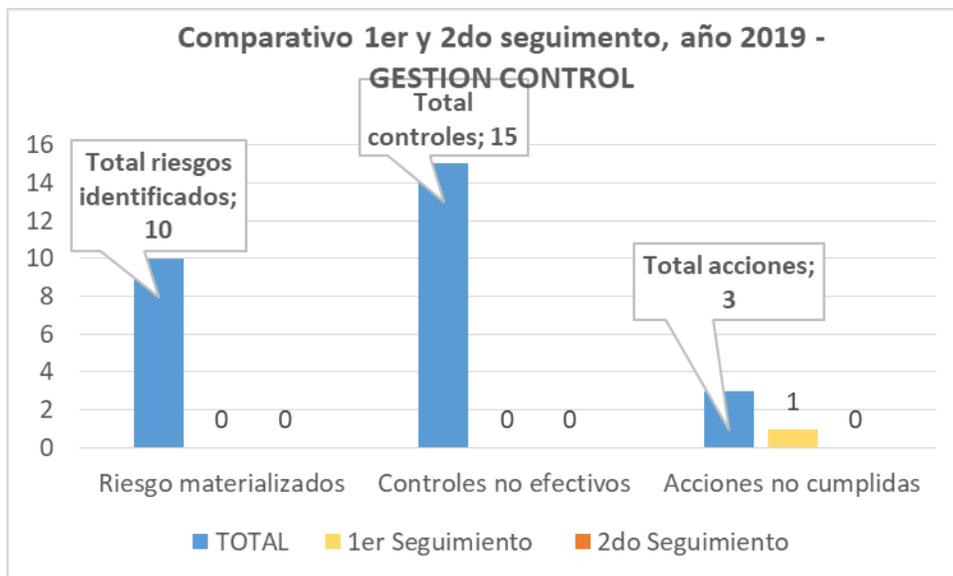
ACCIONES NO CUMPLIDAS

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: 3
 Acciones incumplidas 0



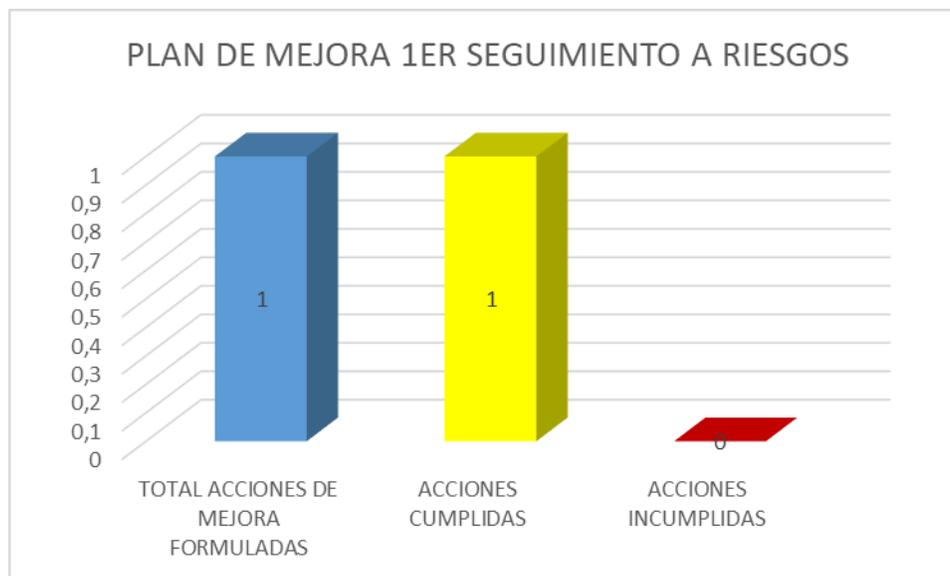
COMPARATIVO DEL PRIMER Y SEGUNDO SEGUIMIENTO A CONTROLES Y ACCIONES EN LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO GESTION CONTROL



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

PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO A LA MATRIZ DE RIESGOS GESTION CONTROL

De acuerdo al primer seguimiento realizado a la efectividad de los controles y cumplimiento de acciones establecidos en la matriz de riesgos, se documentaron 1 hallazgo, por tal motivo, se estableció un plan de mejoramiento al cual la Oficina de Control Interno realizo seguimiento, obteniendo los siguientes resultados:



RECOMENDACIONES

Es importante actualizar la matriz de riesgos para la vigencia 2020 puesto que acciones de tratamiento propuestas en la matriz vigente ya actúan como barreras de control dentro del proceso

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
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

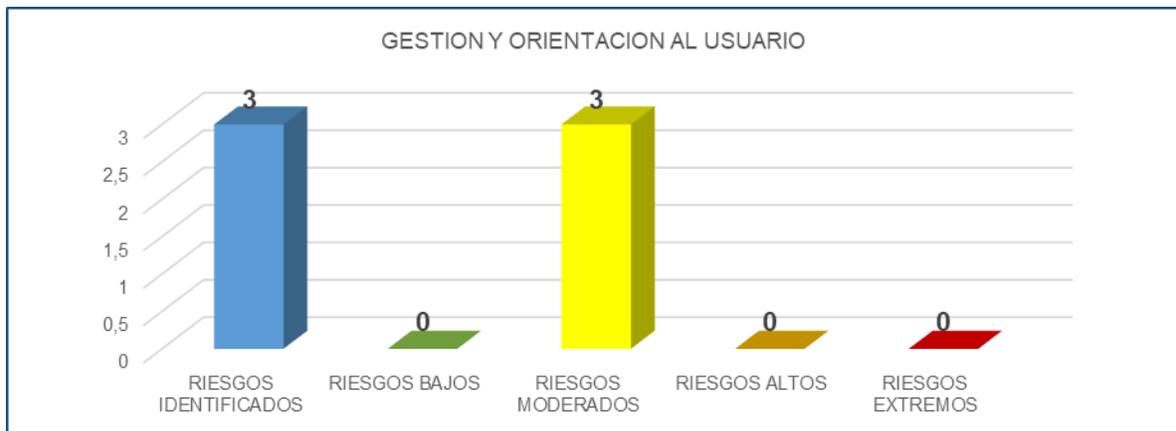
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO

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

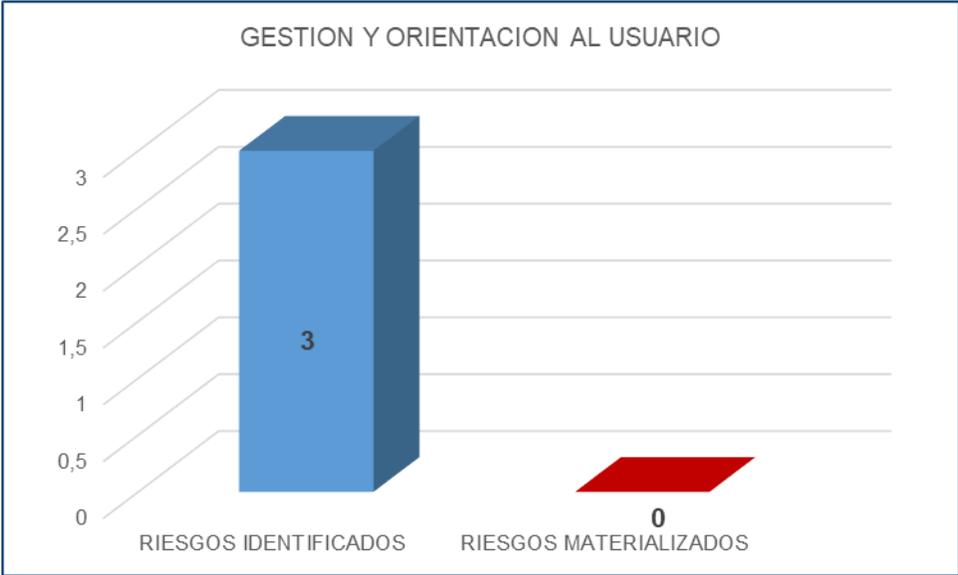


De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno el día 29 de noviembre de 2019, se evidencio lo siguiente:

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 3
 Riesgos materializados: 0

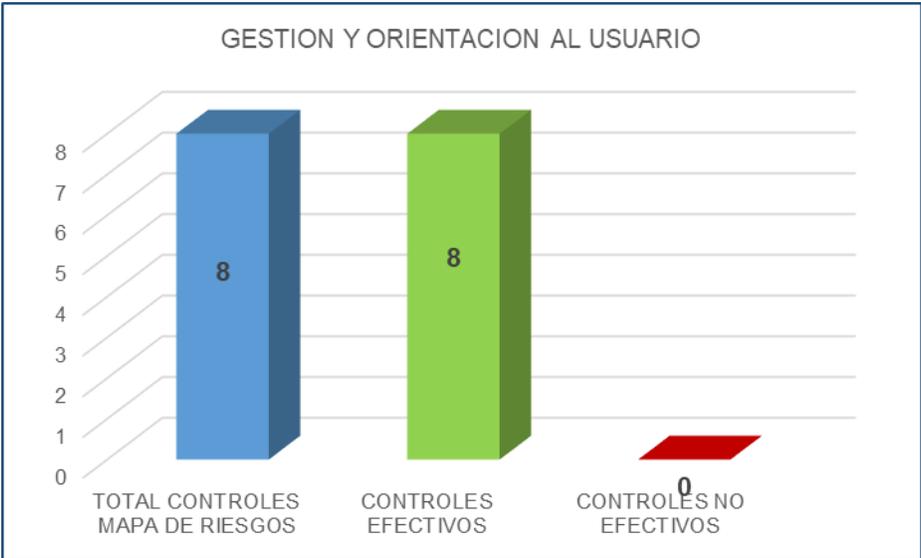
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				



EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

A continuación se presenta el cumplimiento de controles y los que no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 8
 Controles efectivos: 8
 Controles no efectivos: 0

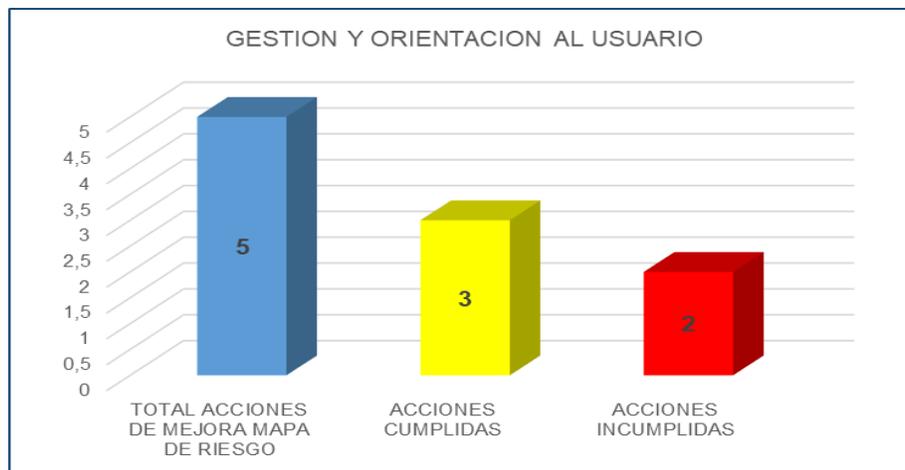


	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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: 5
 Acciones cumplidas: 3
 Acciones incumplidas 2

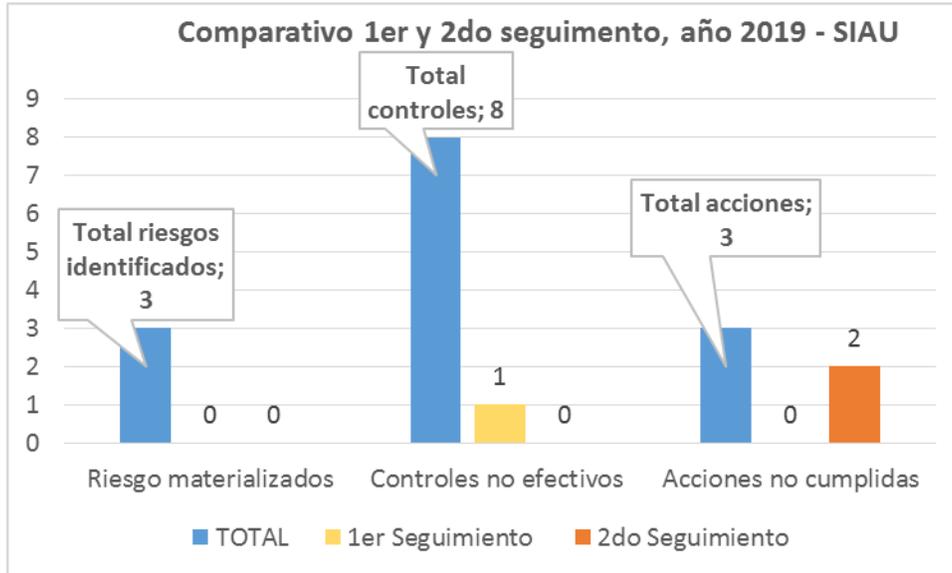


DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

RIESGO AL QUE PERTENECE LA ACCION	ACCIONES INCUMPLIDAS
<i>No acceso al portafolio de servicios mediante Call Center</i>	<p><i>Acción 1: Software actualizado.</i></p> <p><i>Acción 2: Seguimiento y control a través de informes electrónicos.</i></p>

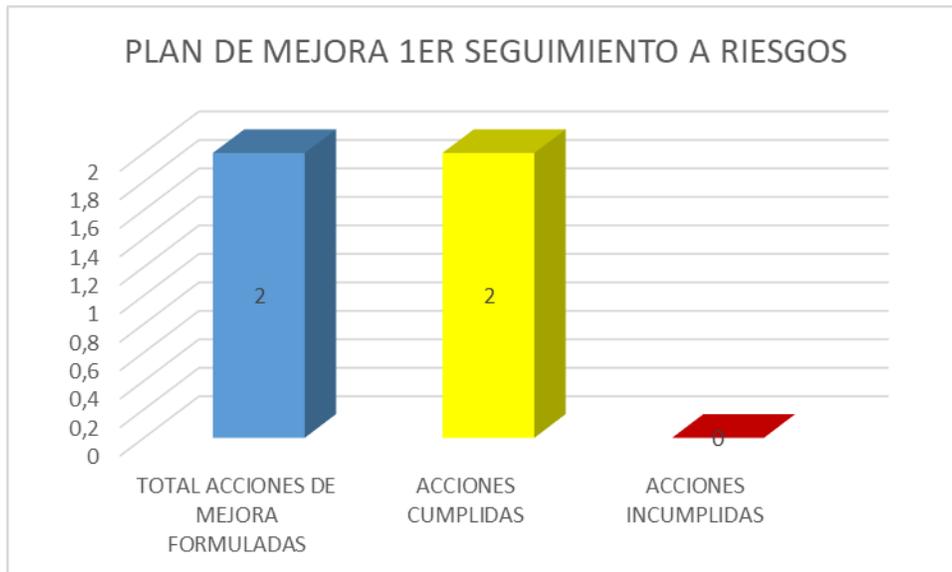
COMPARATIVO DEL PRIMER Y SEGUNDO SEGUIMIENTO A CONTROLES Y ACCIONES EN LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO SIAU

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



PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO AL MAPA DE RIESGOS DEL PROCESO SIAU

De acuerdo al primer seguimiento realizado a la efectividad de los controles y cumplimiento de acciones establecidos en la matriz de riesgos, se documentó 1 hallazgo, relacionado con “la aplicabilidad del procedimiento administración de PQRSF”, por tal motivo, se estableció un plan de mejoramiento, al cual la Oficina de Control Interno realizo seguimiento, obteniendo los siguientes resultados:



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

RECOMENDACIONES

Es importante actualizar la matriz de riesgos para la vigencia 2020 puesto que acciones de tratamiento propuestas en la matriz vigente ya actúan como barreras de control dentro del proceso

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

Es importante actualizar la identificación del riesgo relacionado con "No acceso al portafolio de servicios mediante Call Center" toda vez que se documentaron dos acciones las cuales no mitigan el riesgo identificado.

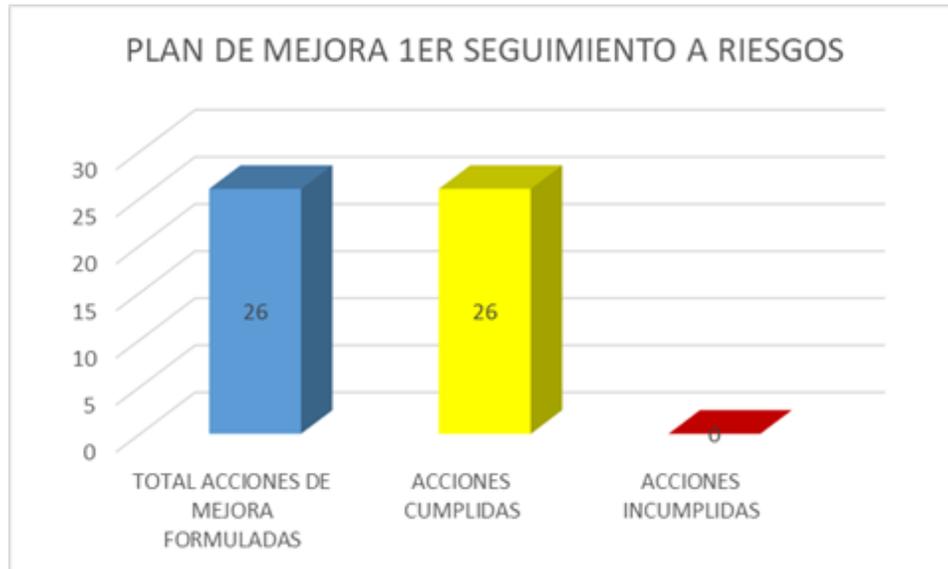
PROCESOS MISIONALES

Los procesos Misionales (Hospitalización, Imagenología, Urgencias, Ambulatoria, Laboratorio, Farmacia) no fueron evaluados porque se encuentran en proceso de transición a la metodología AMFE, por tal motivo se actualizan, La Oficina de control interno realizo seguimiento al plan de mejoramiento suscrito para subsanar los hallazgos encontrados en el primer seguimiento a la matriz de riesgos.

PLAN DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO REALIZADO AL MAPA DE RIESGOS DE LOS PROCESOS MISIONALES

De acuerdo al primer seguimiento realizado a la efectividad de los controles y cumplimiento de acciones establecidos en la matriz de riesgos, se documentó 12 hallazgos por tal motivo se estableció un plan de mejoramiento, al cual la Oficina de Control Interno realizo seguimiento, obteniendo los siguientes resultados:

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



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.

Efectuar segundo seguimiento a los planes de mejora formulados frente al primer informe auditoria de riesgos.

Programar los seguimientos a los mapas de riesgos, controles y acciones dentro del Programa Anual de Auditorias de Gestión de la Oficina de Control Interno.

JAIME ALBERTO SANTACRUZ SANTACRUZ
Jefe

Proyecto: Deysy Maribel Lasso Cárdenas- Contratista.