

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

XXXXX

San Juan de Pasto, 23 de septiembre de 2019

Doctora
ANA BELEN ARTEAGA
Gerente
PASTO SALUD ESE

ASUNTO: Informe primer seguimiento a matriz de riesgos institucional vigencia 2020

Cordial saludo.

La Oficina de Control Interno, conforme a su rol de evaluación y seguimiento, y para dar cumplimiento a lo ordenado en artículo noveno de la resolución No. 1255 del 11 de diciembre de 2019, 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 vigencia 2020

✓ **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**

- Materialización de riesgos de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de gestión, establecidos en la matriz de riesgos y la matriz AMFE.
- Nivel de cumplimiento de los controles y acciones establecidos en la matriz de los riesgos de los procesos estratégicos, de apoyo y de gestión.

✓ **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 la matriz de riesgos Institucional, documentos del proceso. (Procedimientos, instructivos, guías, manuales, protocolos, formatos), actas, resultado de indicadores, informes.

✓ **ALCANCE**

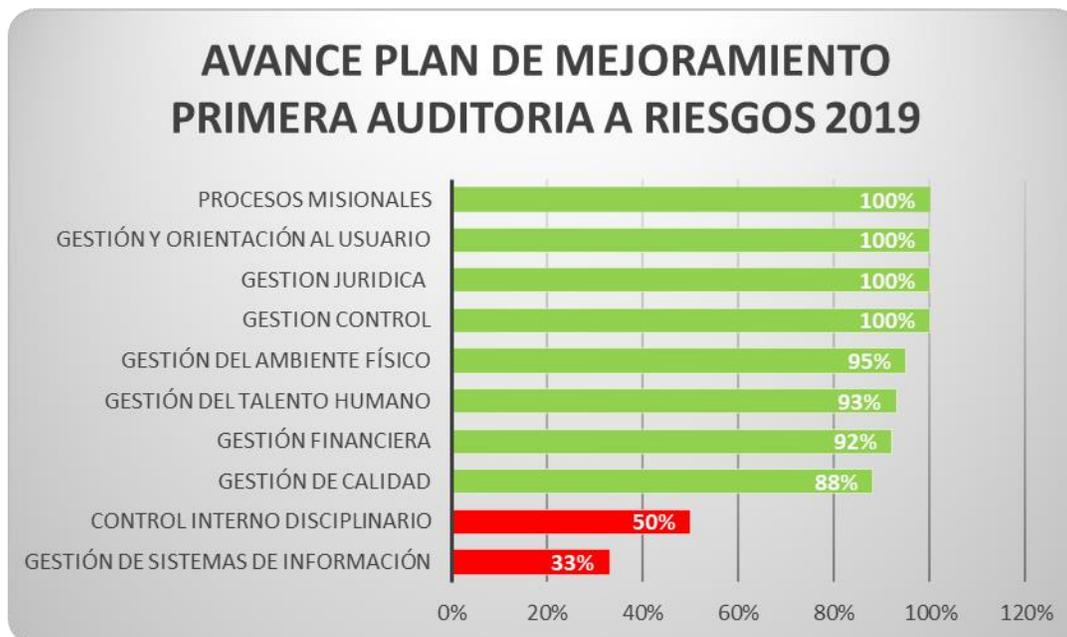
Aplica al Macroproceso de Direccionamiento, Macroproceso Misional, Macroproceso de Apoyo, Macroproceso de Control del modelo de operación por procesos de la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E.

Se verifica de manera aleatoria la ejecución de actividades año 2020 en los procesos administrativos y misionales de la Empresa.

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

ESTADO DE AVANCE PLANES DE MEJORAMIENTO DE HALLAZGOS PRODUCTOS DE AUDITORIAS A RIESGOS VIGENCIA 2019

Informe de seguimiento al plan de mejoramiento producto de primera auditoria a gestión de riesgos julio de 2019



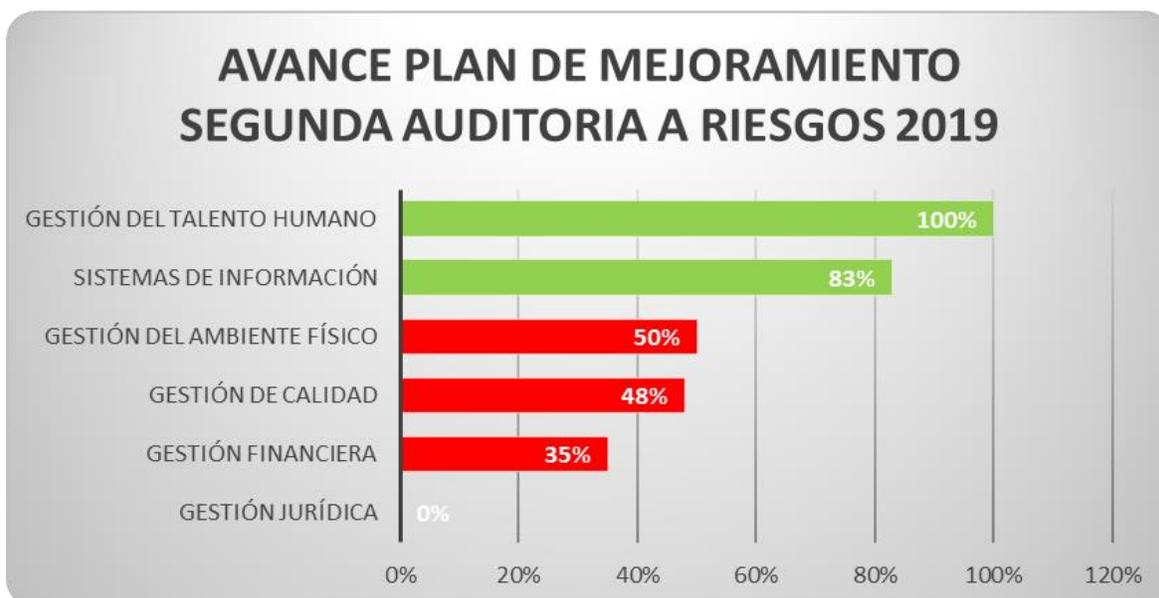
Porcentaje general de cumplimiento: 85%

PROCESO	ACCIONES ABIERTAS
Gestión del ambiente físico	Despliegue al 90% del personal de las IPS de la Empresa el protocolo de bioseguridad versión 6 de manera presencial.
Gestión de talento humano	Medir el indicador de participación a capacitaciones: (No de participantes / No Total de convocados)*100
Gestión financiera	Se realizarán visitas aleatorias a las IPS de cada red para verificar adherencias al procedimiento de facturación.
Gestión de calidad	Verificar el cumplimiento al seguimiento a planes de mejoramiento suscritos (Procedimiento mejoramiento continuo), Obtener resultados del indicador y hacer el análisis correspondiente.
	Establecer acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas en el cumplimiento de planes suscrito (respecto al seguimiento).

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

Gestión sistemas de sistemas de información	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 respecto al riesgo formulado "Adecuación de un espacio físico en la sede administrativa que cumpla con las normas archivísticas"
	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, respecto al riesgo "Traslado del archivo central a la Sede Administrativa"
Control interno disciplinario	Reevaluar la acción del riesgo identificado, estableciendo acción de control realizable y que tenga visto bueno de Secretaría General respecto a la acción "Digitalización de expedientes".

Informe seguimiento del plan de mejoramiento producto de segunda auditoria a gestión de riesgos diciembre 2019



Porcentaje general de cumplimiento: 53%

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

PROCESO	ACCIONES ABIERTAS
Sistemas de información	Presentar informe de resultado de la revisión y actualización del plan general de informes. (Avance 50%)
	Seguimiento mensual de los reportes del informe de nutrición y el registro de actividades de protección. (Pendiente medición segundo semestre 2020)
	Establecer acciones de mejora si se requieren para el protocolo de relaciones públicas y comunicación de crisis. (Pendiente medición segundo semestre 2020).
Gestión del ambiente físico	Aplicación de lista de chequeo en seguridad industrial a las IPS priorizadas en el programa de vigilancia epidemiológica en riesgo biológico.
Gestión de calidad	Generar aprobación del programa anual de auditoria 2020 por parte del Comité de Gestión y Desempeño Institucional
	Medir el indicador "Porcentaje de cumplimiento del programa de auditoria" de manera trimestral, y de no cumplirse la meta establecida realizar análisis de causa del no cumplimiento. (Pendiente medición segundo semestre 2020)
	Las modificaciones y justificaciones de cambios de fechas programadas para la ejecución de las auditorias programadas en el programa, serán tramitadas únicamente por el comité de Gestión y Desempeño Institucional. (Ejemplo auditoria NTC ISO 9001).
Gestión Financiera	Se realizaran visitas aleatorias a las IPS de cada red para verificar las adherencias al procedimiento de facturación
	Se realizara una reunión en los 10 primeros días de cada mes con los cuatro cajeros principales y la subgerencia financiera para revisar y hacer seguimiento a la presentación del informe de cada red sobre los errores frecuentes y las acciones de mejora efectivas aplicadas con el fin de que sea estandarizada.
Gestión jurídica	Implementar hoja de ruta de trazabilidad contractual, documento que permitirá determinar los tiempos exactos entre la solicitud de CDP y el cumplimiento de requisitos de ejecución de cada contrato.
	Emisión de circular sobre el procedimiento contractual y requisitos de ejecución contractual

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

RIESGOS INSTITUCIONALES VIGENCIA 2020.

A continuación se presentan la caracterización de riesgos Institucionales identificados en la vigencia 2020.

PROCESO	RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGOS BAJOS	RIESGOS MODERADOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS EXTREMOS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	9	4	5	0	0
GESTION DE CALIDAD	9	1	5	2	1
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	9	5	3	1	0
GESTION DE HOSPITALIZACION	49	10	37	2	0
GESTION AMBULATORIA - MEDICINA	70	19	40	11	0
GESTION DE URGENCIAS	45	10	32	3	0
GESTION DE LABORATORIO	6	2	2	2	0
GESTION DE IMAGENOLOGIA	19	13	5	1	0
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	27	15	12	0	0
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	16	11	3	2	0
GESTION DE TECNOLOGIA	7	3	3	0	1
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	6	2	2	2	0
GESTION DEL TALENTO HUMANO	16	5	5	4	2
GESTION FINANCIERA	26	15	10	1	0
GESTION JURIDICA	11	1	7	1	2
GESTION DE CONTROL	5	0	5	0	0
TOTAL	330	116	176	32	6

A continuación se presenta lo evidenciado en el desarrollo de la auditoria, correspondiente al primer semestre de 2020.

RESULTADOS DE LA AUDITORIA PRIMER SEGUIMIENTO AÑO 2020

RIESGOS MATERIALIZADOS PRIMER SEMESTRE DE 2020

PROCESO	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MATERIALIZADOS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	9	0
GESTION DE CALIDAD	9	1
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	16	2
GESTION DE TECNOLOGIA	7	3
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	6	0
GESTION DEL TALENTO HUMANO	16	1
GESTION FINANCIERA	26	1
GESTION JURIDICA	11	1
GESTION DE CONTROL	5	0
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	27	1
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	9	0

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

GESTION DE HOSPITALIZACION	49	1
GESTION DE IMAGENOLOGIA	19	0
GESTION DE URGENCIAS	45	10
GESTION AMBULATORIA	70	10
GESTION DE LABORATORIO	6	0
TOTAL	330	31
	PORCENTAJE	9%

INCUMPLIMIENTO DE CONTROLES Y ACCIONES PRIMER SEMESTRE DE 2020

PROCESO	TOTAL CONTROLES	CONTROLES NO EFECTIVOS	TOTAL ACCIONES	ACCIONES INCUMPLIDAS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	44	0	0	0
GESTION DE CALIDAD	26	1	4	1
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	42	5	3	1
GESTION DE TECNOLOGIA	23	3	2	0
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	25	1	6	0
GESTION DEL TALENTO HUMANO	44	2	17	6
GESTION FINANCIERA	75	2	4	4
GESTION JURIDICA	19	3	8	2
GESTION DE CONTROL	10	0	0	0
TOTAL	308	17	44	14
PORCENTAJE		6%		32%

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

COMPARATIVO RIESGOS MATERIALIZADOS 2019-2020

PROCESO	PRIMER SEMESTRE 2019		SEGUNDO SEMESTRE 2019		PRIMER SEMESTRE 2020	
	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MATERIALIZADOS	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MATERIALIZADOS	TOTAL RIESGOS	RIESGOS MATERIALIZADOS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	9	0	9	0	9	0
GESTION DE CALIDAD	15	3	15	1	9	1
GESTION DEL AMBIENTE FISICO	16	1	16	1	16	2
GESTION DE TECNOLOGIA	12	0	12	1	7	3
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	7	0	7	1	6	0
GESTION DEL TALENTO HUMANO	12	0	12	0	16	1
GESTION FINANCIERA	27	2	27	1	26	1
GESTION JURIDICA	9	0	11	0	11	1
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	4	0	4	0	0	0
GESTION DE CONTROL	10	0	10	0	5	0
GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO	5	0	Mapa de riesgos en transición a nueva metodología AMFE		27	1
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	3	0			9	0
GESTION DE HOSPITALIZACION	23	0			49	1
GESTION DE IMAGENOLOGIA	9	1			19	0
GESTION DE URGENCIAS	18	4			45	10
GESTION AMBULATORIA	39	5			70	10
GESTION DE LABORATORIO	18	NO EVALUADO			6	0
TOTAL	236	16	123	5	330	31
	7%		4%		9%	

ALCANCE SEGUIMIENTO RIESGOS PROCESOS DIRECCIONAMIENTO, DE APOYO Y CONTROL

- Materialización de riesgos de los procesos estratégicos, de apoyo y de gestión, establecidos en la matriz de riesgos.
- Nivel de cumplimiento de los controles establecidos en la matriz de los riesgos de los procesos estratégicos, de apoyo y de gestión.

RESULTADOS POR PROCESO- SEGUIMIENTO PRIMER SEMSTRE DE 2020

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

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

Riesgos identificados: 9
 Riesgos con severidad bajo: 4
 Riesgos con severidad moderada: 5

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

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 lo siguiente:

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados:9
Riesgos materializados: 0



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

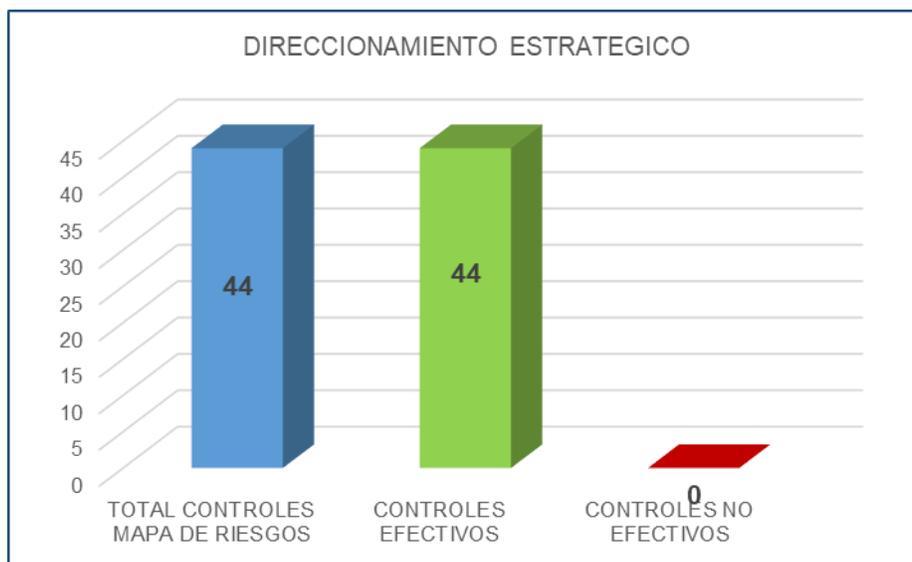
EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

A continuación se presenta los controles 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



HALLAZGOS

No se presentaron hallazgos en este proceso.

GESTION DE CALIDAD

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

Riesgos identificados: 9

Riesgos con severidad bajo: 1

Riesgos con severidad moderada: 5

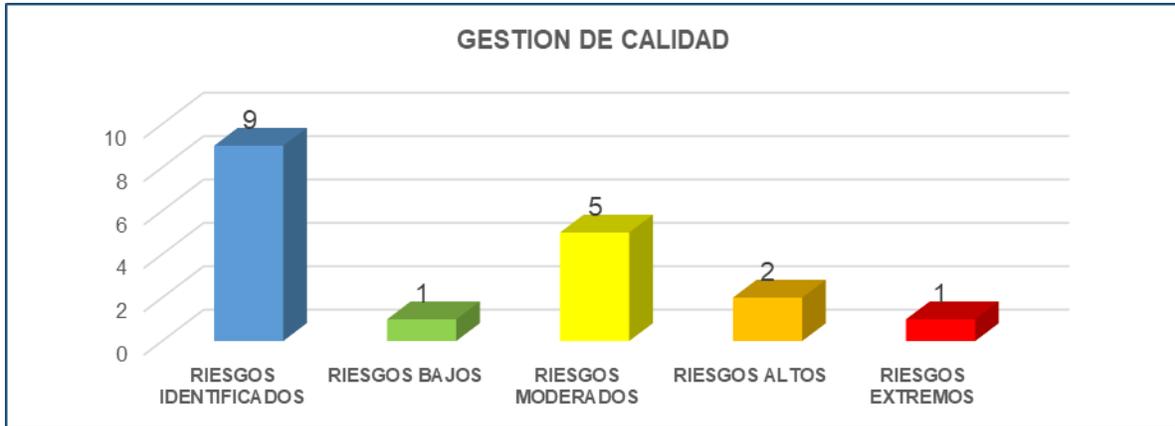
Riesgos con severidad alto: 2

Riesgos con severidad extremos: 1

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO

RIESGOS IDENTIFICADOS



Riesgos altos y/o extremos

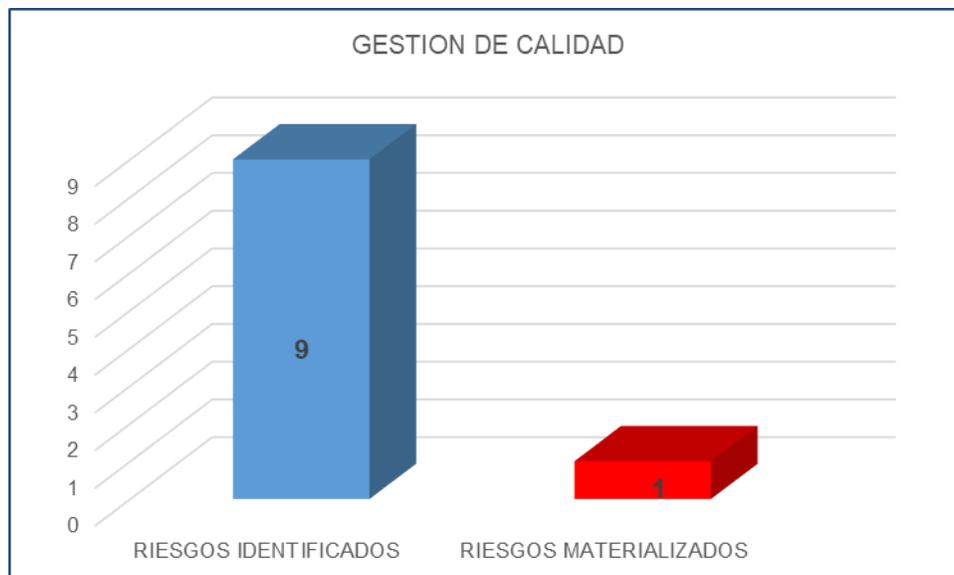
- | |
|--|
| 1. Incumplimiento del programa de auditoria. |
| 2. Debilidad en la identificación y reporte de una salida no conforme. |
| 3. Inadecuada formulación del plan de mejoramiento. |

De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, 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
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS

1. No seguimiento a los planes de mejoramiento.

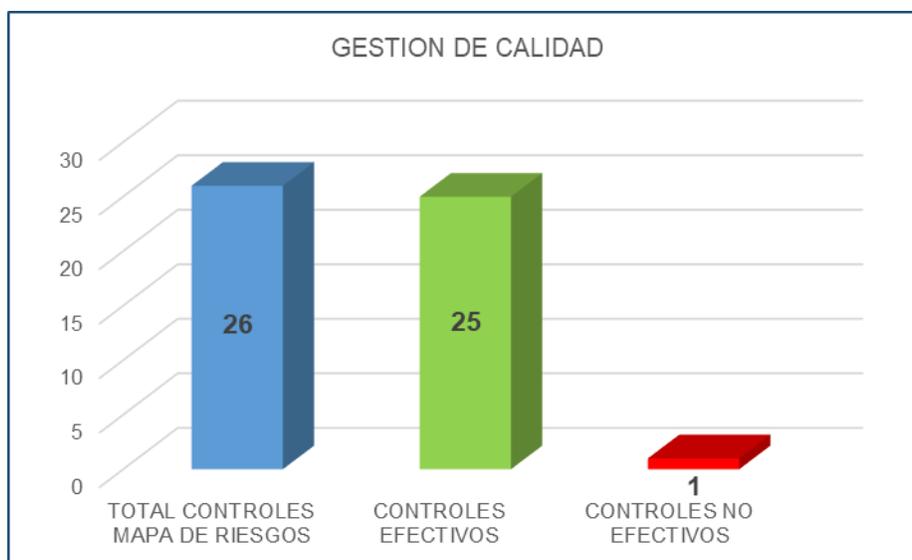
EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

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: 26

Controles efectivos: 25

Controles no efectivos: 1



DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

RIESGO	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>No seguimiento a los planes de mejoramiento.</i>	<i>1. Medición del indicador porcentaje de cumplimiento al seguimiento de planes de mejoramiento suscritos</i>

ACCIONES DE TRATAMIENTO NO CUMPLIDAS

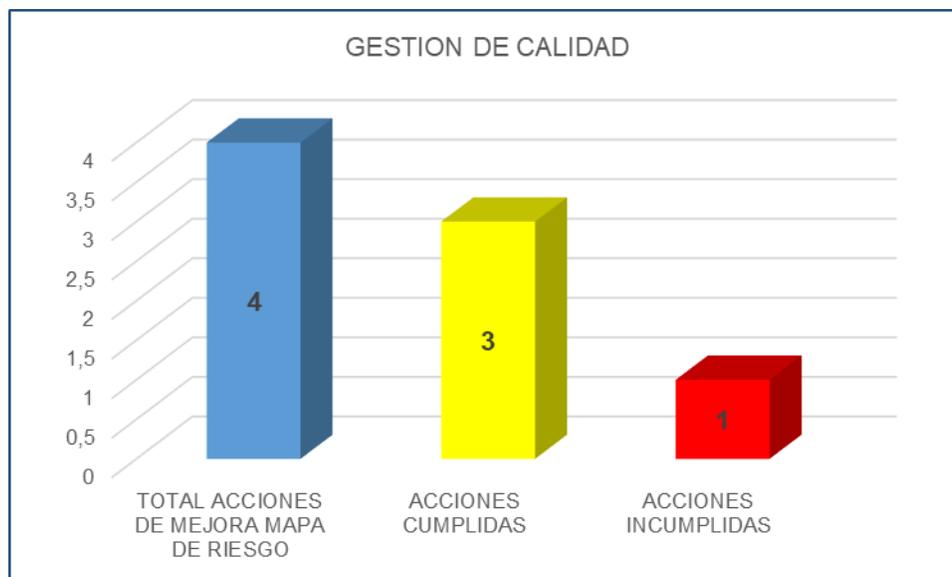
A continuación se presenta el resultado de las acciones que fueron propuestas para tratar los riesgos que se encuentran en nivel de severidad extremo y alto.

Total de acciones: 4

Acciones cumplidas: 3

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

Acciones incumplidas 1



DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

RIESGO	ACCIONES INCUMPLIDAS
<i>Inadecuada formulación del plan de mejoramiento</i>	<i>1. Taller de capacitación en análisis causal y formulación de planes de mejoramiento.</i>

HALLAZGOS

Riesgos materializados

1. Se evidencia la materialización del riesgo “No seguimiento a los planes de mejoramiento.”, riesgo documentado en el mapa de riesgos Institucional vigencia 2020.

No se registra medición del indicador porcentaje de cumplimiento al seguimiento de planes de mejoramiento de eventos adversos presentados en el primer trimestre de la vigencia 2020. A la fecha de auditoría 9 de julio, los seguimientos no se han realizado.

Acciones de tratamiento no cumplidas

2. No se evidencia la realización del “Taller de capacitación en análisis causal y formulación de planes de mejoramiento” acción propuesta para mitigar el riesgo relacionado con “Inadecuada formulación del plan de mejoramiento”.

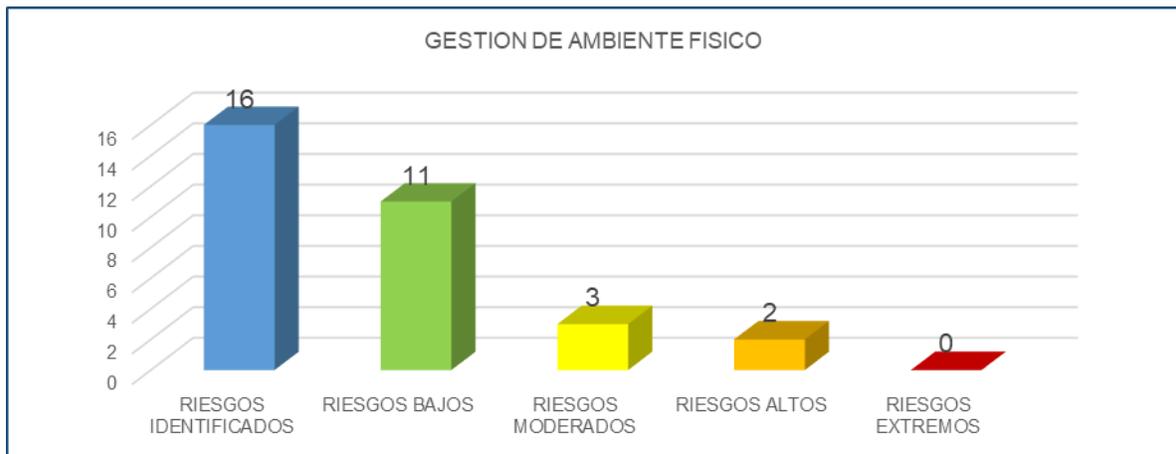
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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: 11
 Riesgos con severidad moderada: 3
 Riesgos con severidad alto: 2
 Riesgos con severidad extremos: 0

RIESGOS IDENTIFICADOS



Riesgos altos

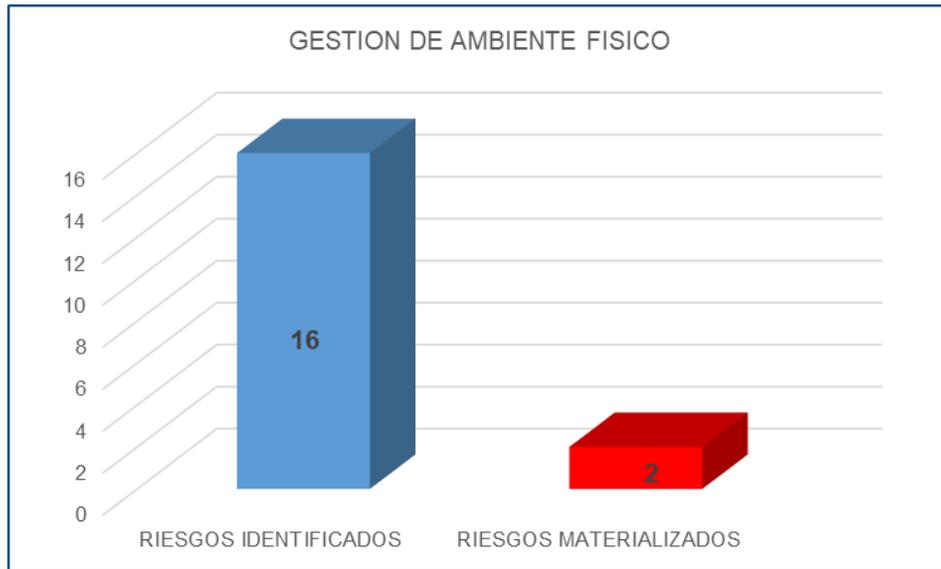
- | |
|---|
| <i>1. No dar respuesta a un evento de emergencias</i> |
| <i>2. No aplicación del protocolo de bioseguridad</i> |

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

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados:16
 Riesgos materializados: 2

	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. Aguas residuales sin análisis fisicoquímico |
| 2. No aplicación del protocolo de bioseguridad |

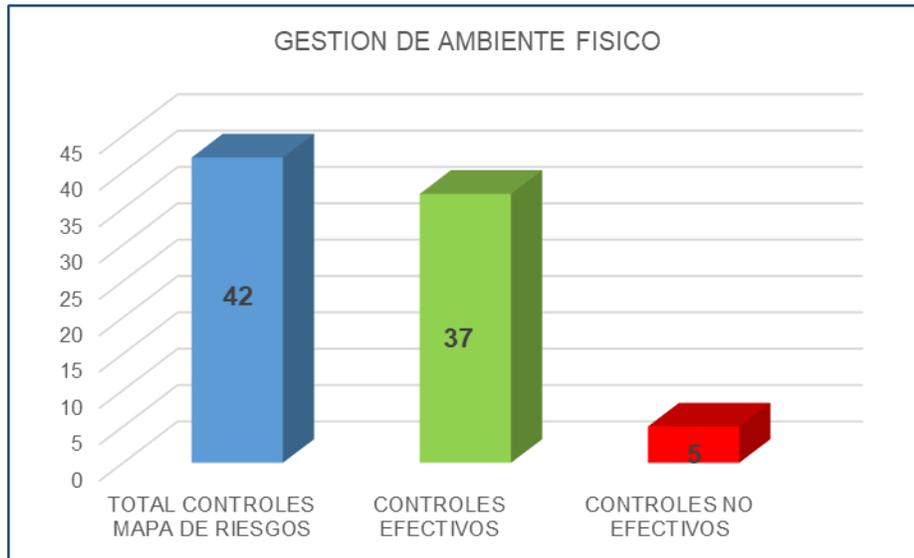
EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

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: 42

Controles efectivos: 37

Controles no efectivos: 5



DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

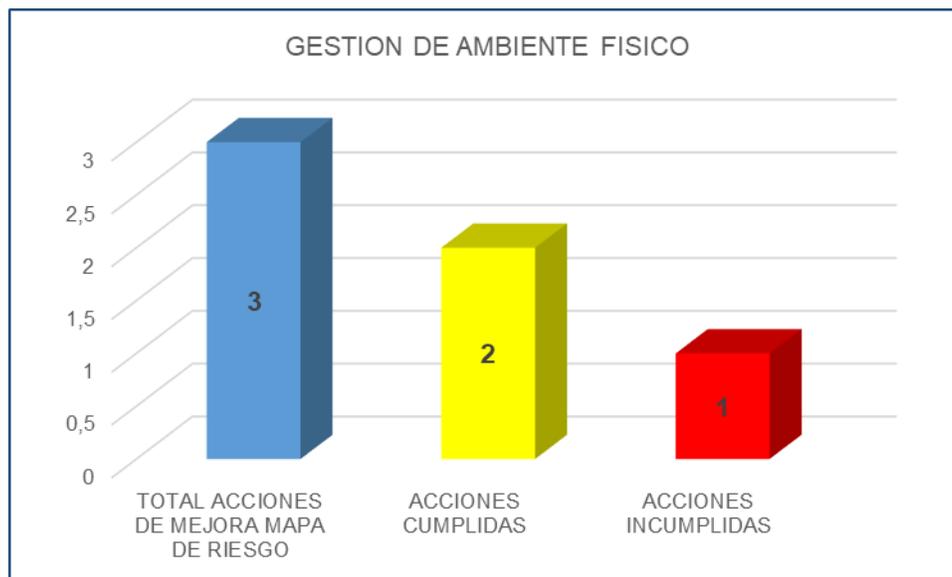
RIESGO	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Perdida de los elementos almacenados en bodega y custodiados por el personal.</i>	1. Arqueos de bodega
<i>No realizar el tratamiento y disposición final de los residuos</i>	2. Visita de verificación a los parques ambientales.
<i>Aguas residuales sin análisis fisicoquímico</i>	3. Contrato de muestreo y análisis fisicoquímico.
<i>No contar con un plan empresarial de emergencias.</i>	4. Aprobación mediante acto administrativo del Plan Empresarial de emergencias.
	5. Auditorias por parte de la Secretaria de Salud Municipal

ACCIONES DE TRATAMIENTO 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: 2
Acciones incumplidas 1

	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

RIESGO	ACCIONES INCUMPLIDAS
<i>No dar respuesta a un evento de emergencias</i>	<i>1. Estudios de vulnerabilidad estructural de las IPS</i>

HALLAZGOS

Riesgos materializados

1. Se evidencia la materialización del riesgo “Aguas residuales sin análisis fisicoquímico”, riesgo documentado en el mapa de riesgos Institucional vigencia 2020, toda vez que a la fecha de auditoría julio 2020, no se ha llevado a cabo el control correspondiente a “celebración y ejecución del contrato de muestreo y análisis fisicoquímico” para la vigencia 2020

2. Se evidencia la materialización del riesgo “No aplicación del protocolo de bioseguridad”, riesgo documentado en el mapa de riesgos Institucional vigencia 2020, se verifico los reportes de accidentes de trabajo del primer semestre de 2020 observando 16 accidentes presentados:

Evidencias:

Esteban Alexander Chamorro, auxiliar ambulancia, accidente ocurrido el día 05 -01-2020.
 Leide Oliva Pantoja, auxiliar de almacén, accidente ocurrido el día 03 -02-2020.
 Lilia Cristina Chamorro, medica urgencias, accidente ocurrido el día 06 -02-2020.
 Jorge Iván García, técnico administrativo, accidente ocurrido el día 08 -02-2020.
 Magnolia Floralba Yascual, técnico área de la salud, accidente ocurrido el día 11-02-2020.
 Sandra Patricia Gamboa, auxiliar administrativo, accidente ocurrido el día 29 -02-2020.
 Lilia Cristina Chamorro, medica urgencias, accidente ocurrido el día 06 -02-2020.
 Claudia Ximena Delgado, auxiliar de ambulancia, accidente ocurrido el día 04 -03-2020.

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

Rosa Mayury Rosero, médico urgencias, accidente ocurrido el día 06-03-2020.
 Ximena Fernanda Buesaquillo, enfermera, accidente ocurrido el día 27-04-2020.
 Cristina del Carmen Castro, auxiliar área de la salud, accidente ocurrido el día 10-05-2020.
 Genny Lorena Álvarez, auxiliar área de la salud, accidente ocurrido el día 14-05-2020.
 Martha Lucia Gutiérrez, auxiliar odontología, accidente ocurrido el día 18-05-2020.
 Jessica Stephania Rosero, auxiliar área de la salud, accidente ocurrido el día 21-05-2020.
 Jenny Andrea Ascuntar, auxiliar de enfermería, accidente ocurrido el día 05-06-2020.
 Lisney Silvana Erazo, médico general, accidente ocurrido el día 10-06-2020.

Controles no efectivos

3. Para el primer semestre de 2020, no se han realizado " Arqueos de bodega" para determinar el porcentaje de sobrantes y faltantes, control establecido para mitigar el riesgo relacionado con "Pérdida de los elementos almacenados en bodega y custodiados por el personal".
4. Para el primer semestre de 2020, no se han realizado "Visita de verificación a los parques ambientales" para la observación de los procesos relacionados con la disposición final de residuos peligrosos, control establecido para mitigar el riesgo relacionado con "No realizar el tratamiento y disposición final de los residuos" del mapa de riesgos Institucional vigencia 2020.
5. No se evidencia la "Aprobación mediante acto administrativo del Plan empresarial de emergencias" control establecido para mitigar el riesgo relacionado con "No contar con un plan empresarial de emergencias.
6. Para el primer semestre de 2020, no se evidencia las "Auditorias por parte de la Secretaria de Salud Municipal" al plan empresarial de emergencias, control establecido para mitigar el riesgo relacionado con "No contar con un plan empresarial de emergencias"

Acciones de tratamiento no cumplidas

7. No se evidencian "Estudios de vulnerabilidad estructural de las IPS" incumpliendo la acción propuesta por el proceso para mitigar el riesgo relacionado con "No dar respuesta a un evento de emergencias." del mapa de riesgos institucional vigencia 2020.

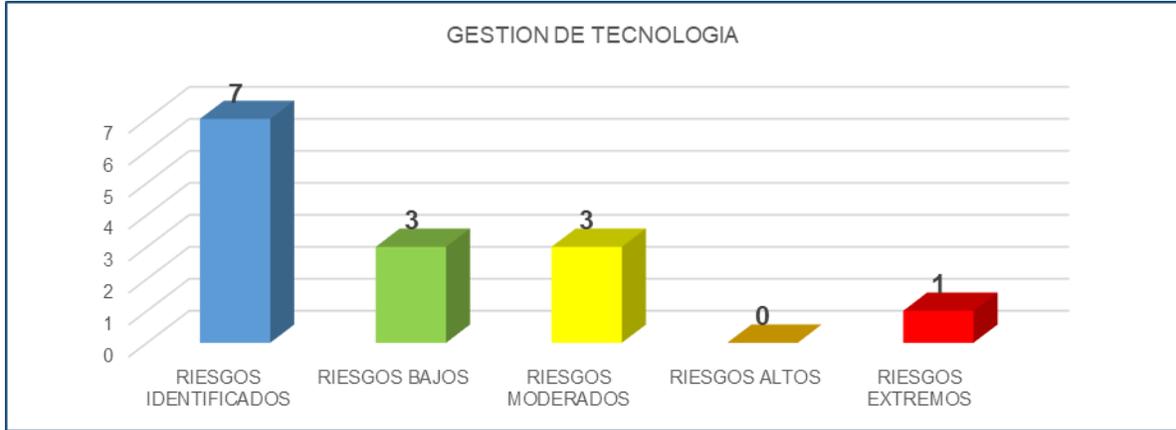
GESTION DE TECNOLOGIA

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

Riesgos identificados: 7
 Riesgos con severidad bajo: 3
 Riesgos con severidad moderada: 3
 Riesgos con severidad alto: 0
 Riesgos con severidad extremos: 1

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

RIESGOS IDENTIFICADOS



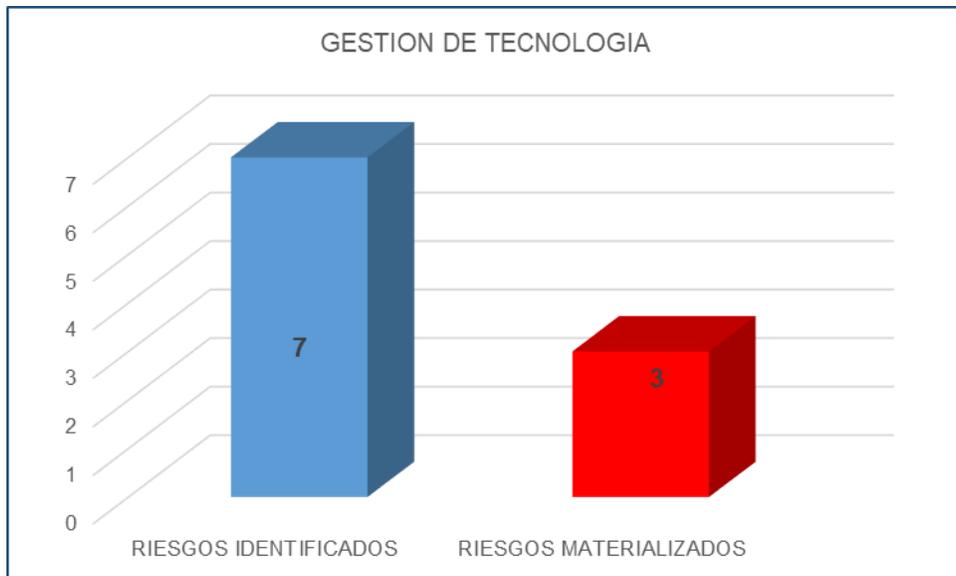
Riesgos extremos

1. Equipos biomédicos no calibrados

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

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 7
Riesgos materializados: 3



	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. <i>Falla de los equipos</i>
2. <i>Equipos biomédicos no calibrados</i>
3. <i>Equipos sin mantenimiento</i>

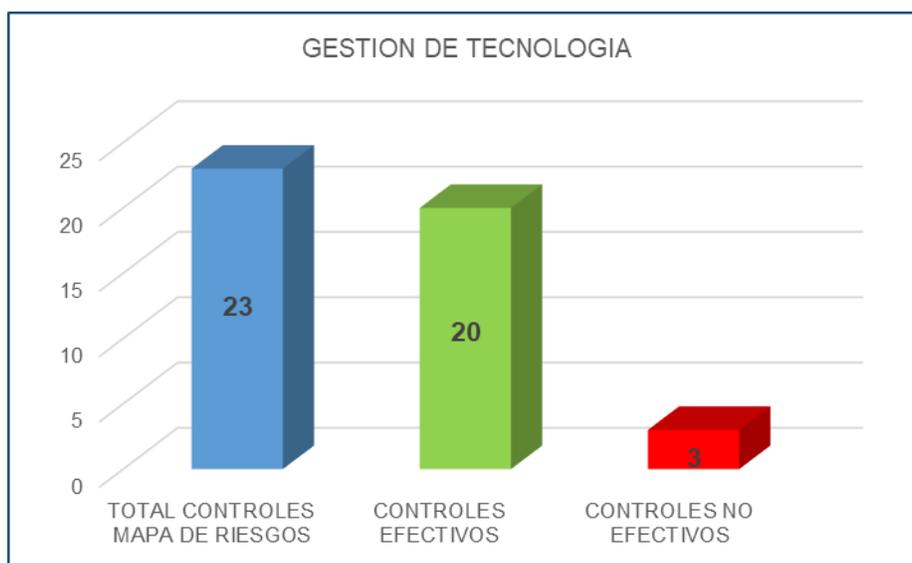
EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

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: 23

Controles efectivos: 20

Controles no efectivos: 3



DESCRIPCION DE CONTROLES NO EFECTIVOS

RIESGO	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Reducción de vida útil de la tecnología</i>	1. <i>Mantenimiento preventivo de los equipos</i>
<i>Falla de los equipos</i>	2. <i>Mantenimiento preventivo de los equipos</i>
	3. <i>Mantenimiento correctivo de los equipos</i>

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

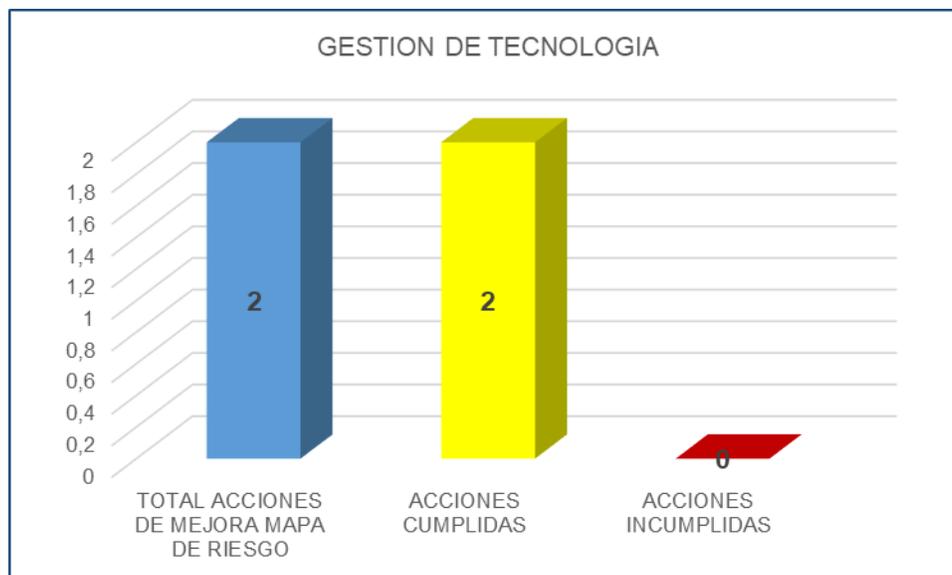
ACCIONES DE TRATAMIENTO NO CUMPLIDAS

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

Total de acciones: 2

Acciones cumplidas: 2

Acciones incumplidas: 0



HALLAZGOS

Riesgos materializados

1. Se evidencia la materialización del riesgo “Fallas en los equipos”, riesgo documentado en el mapa de riesgos Institucional vigencia 2020, toda vez que para el primer semestre de 2020, se solicitaron 188 mantenimientos correctivos por daño o deterioro por parte de Pasto Salud ESE.

Reportes mantenimiento correctivo:

Enero: 27

Febrero: 38

Marzo: 25

Abril: 13

Mayo: 45

Junio: 40

2. Se evidencia la materialización del riesgo “Equipos biomédicos no calibrados” toda vez que no se calibraron 68 equipos que se encontraban programados para el primer semestre de 2020.

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

3. Se reporta la materialización del riesgo “Equipos sin mantenimiento” debido a que en el mes de enero 20 equipos no se encontraban en el sitio determinado para realizar mantenimiento preventivo de acuerdo al cronograma establecido por la Empresa.

Controles no efectivos

4. No se ha realizado la totalidad de los mantenimientos preventivos programados correspondiente al mes de enero de 2020, por parte del contratista responsable.

Evidencia:

Enero- 151 mantenimientos realizados / 171 mantenimientos programados.

Porcentaje de mantenimientos: 88,30%.

GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION

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

Riesgos identificados: 6

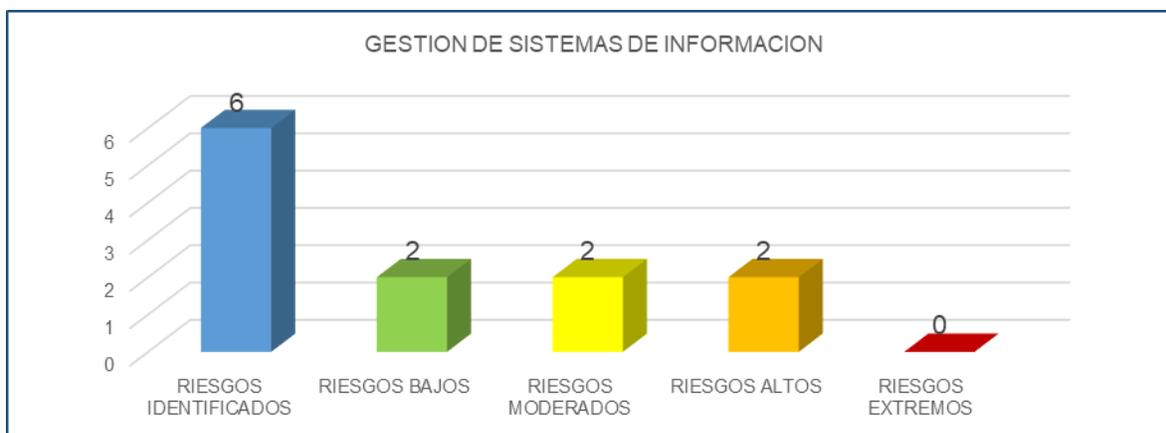
Riesgos con severidad bajo: 2

Riesgos con severidad moderada: 2

Riesgos con severidad alto: 2

Riesgos con severidad extremos: 0

RIESGOS IDENTIFICADOS



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

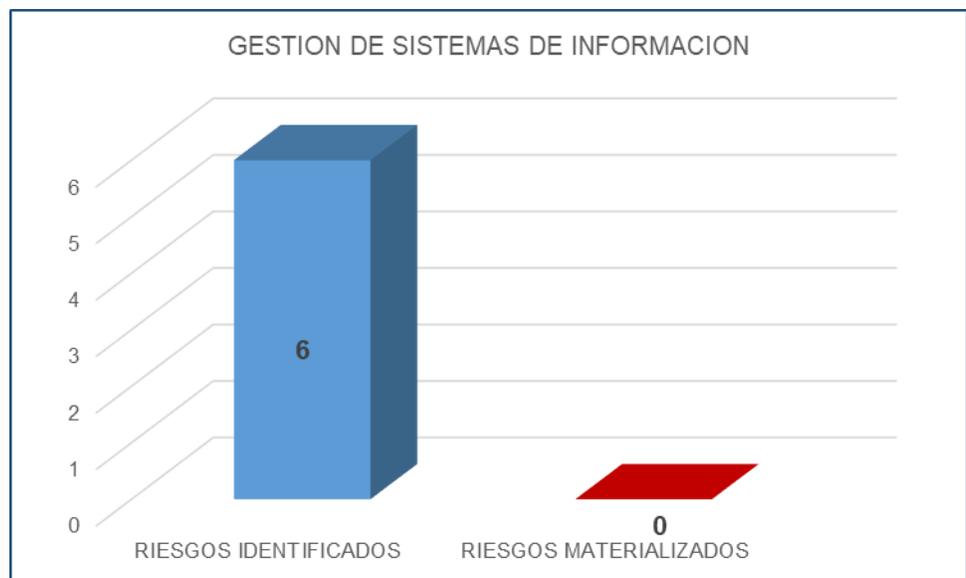
Riesgos altos

- | |
|--|
| 1. Inoportunidad en el reporte y entrega de informes a Entidades |
| 2. Perdida de integridad de los datos registrados en los registros clínicos. |

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

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 6
Riesgos materializados: 0

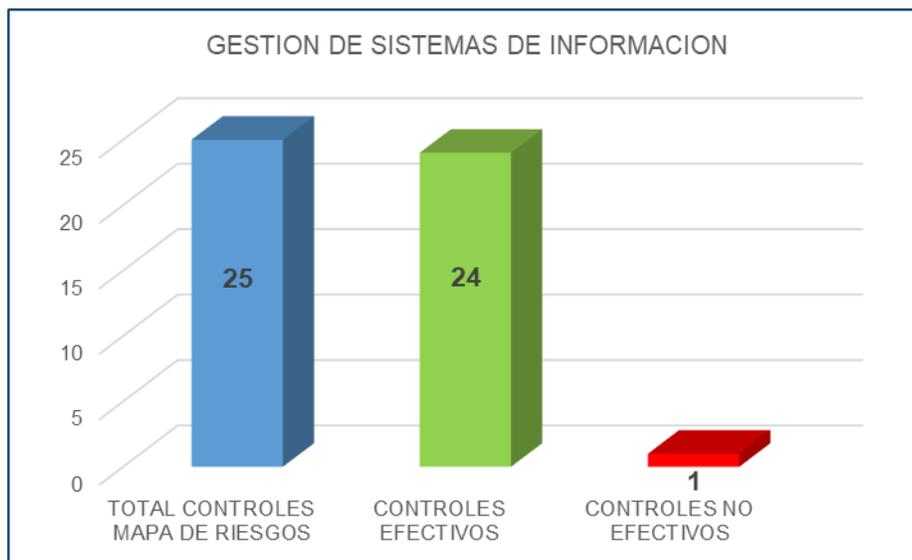


EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

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: 25
Controles efectivos: 24
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

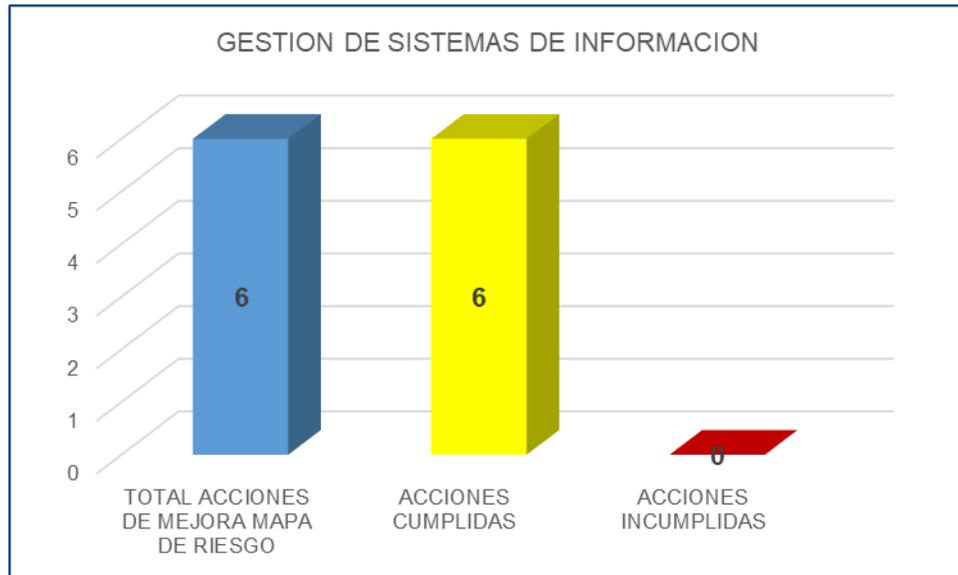
RIESGO	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Documentos no controlados</i>	<i>1. Seguimiento para el control de la información documentada.</i>

ACCIONES DE TRATAMIENTO 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: 6
 Acciones cumplidas: 6
 Acciones incumplidas: 0

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



HALLAZGOS

Controles no efectivos

1. No se evidencia el “Seguimiento para el control de la información documentada” de manera aleatoria y trimestral, control propuesto para mitigar el riesgo relacionado con “Documentación no Controlada” del mapa de riesgos institucional vigencia 2020.

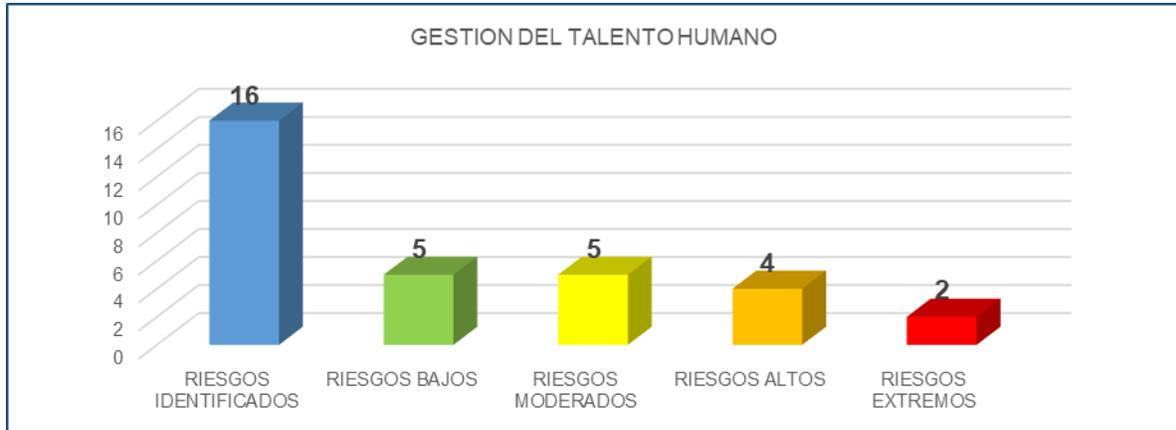
GESTION DEL TALENTO HUMANO

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

Riesgos identificados: 16
 Riesgos con severidad bajo: 5
 Riesgos con severidad moderada: 5
 Riesgos con severidad alto: 4
 Riesgos con severidad extremos: 2

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

RIESGOS IDENTIFICADOS



Riesgos altos y/o extremos

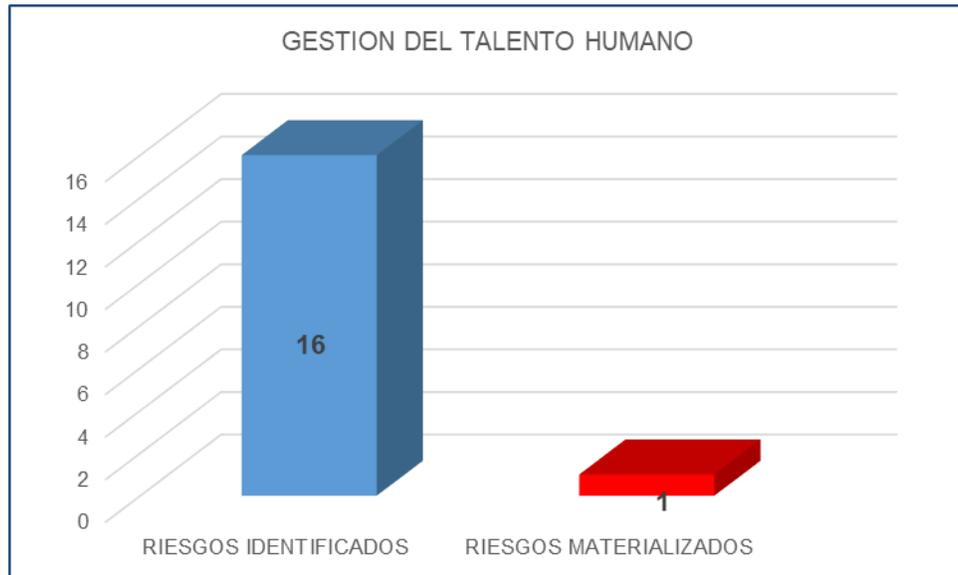
<i>1. Provisión indebida de cargos en vacancia temporal y definitiva</i>
<i>2. Asignación de funciones sin acto administrativo</i>
<i>3. Fallas en el desempeño del cargo.</i>
<i>4. Fuga del capital intelectual</i>
<i>5. Incumplimiento al plan anual de vacaciones</i>
<i>6. Funcionarios con enfermedad general o laboral con dificultad para la reubicación.</i>

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

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. *Reporte inoportuno de novedades*

EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

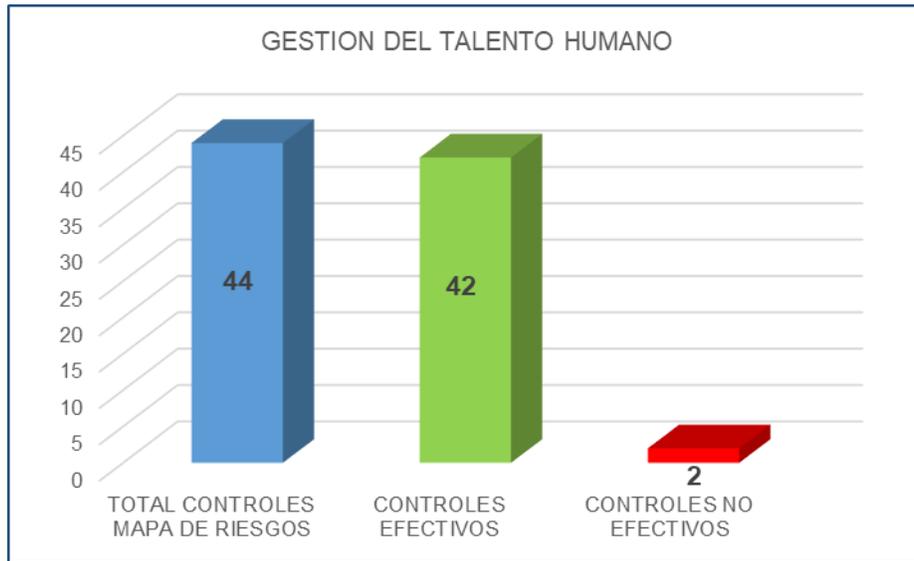
A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 44

Controles efectivos: 42

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	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Que el plan de capacitación no satisfaga las necesidades de capacitación.</i>	<i>1.Medición de la eficacia de capacitaciones</i>
	<i>2.Medición de cobertura de las capacitaciones</i>

ACCIONES DE TRATAMIENTO 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: 17
 Acciones cumplidas: 11
 Acciones incumplidas 6



DESCRIPCION DE ACCIONES DE TRATAMIENTO NO CUMPLIDAS

RIESGO	ACCIONES INCUMPLIDAS
<i>Fallas en el desempeño del cargo.</i>	<i>1. Actualización al modelo de aplicación de competencias</i>
	<i>2. Aplicación del modelo de competencia</i>
	<i>3. Diseñar o adoptar un instrumento de evaluación de desempeño a provisionales y temporales</i>
	<i>4. Aplicar la evaluación de desempeño a provisionales y planta temporal</i>
<i>Fuga del capital intelectual</i>	<i>5. Despliegue del instrumento</i>
	<i>6. Identificar, clasificar, priorizar el conocimiento relevante de la entidad</i>

HALLAZGOS

Riesgos materializados

1. Se reporta materialización del riesgo "Reporte inoportuno de novedades", debido a la no entrega y demora de los soportes de novedades por parte del funcionario.

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

Controles no efectivos

2. No se ha realizado la medición de cobertura de las capacitaciones desarrolladas en el primer semestre de 2020.

3. No se ha realizado medición de eficacia de a la totalidad de las capacitaciones desarrolladas en el primer semestre de 2020:

Capacitaciones:

- Lineamientos para la detección y manejo de casos frente a la introducción del SARS CoV-2 (COVID-19)
- Orientaciones para el manejo de residuos generados en la atención en la salud ante la eventual introducción del virus COVID-19.
- Desinfección de las ambulancias.
- Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19.
- Protocolo de teleorientación para el cuidado de la salud mental: apoyo a la línea 192 durante la pandemia por COVID-19.
- Política y programa de humanización 2. Modelo de competencias en humanización.
- Código de integridad.
- Bioseguridad.
- Protocolo de aislamiento
- Estrategia multimodal de higiene de manos.
- Plan de comunicaciones, nuevas herramientas tecnológicas Pasto Salud E.S.E.

Acciones no cumplidas

4. No se evidencia la aprobación de la “Actualización al modelo de aplicación de competencias” acción propuesta para mitigar el riesgo relacionado con “Fallas en el desempeño del cargo” del mapa de riesgos institucional vigencia 2020.

5. No se aplica “El modelo de aplicación de competencias” que se propone actualizar, acción establecida para mitigar el riesgo relacionado con “Fallas en el desempeño del cargo” del mapa de riesgos institucional vigencia 2020.

6. No se ha diseñado o adoptado un "instrumento de evaluación de desempeño a provisionales y temporales", incumpliendo la acción establecida para mitigar el riesgo relacionado con “Fallas en el desempeño del cargo” del mapa de riesgos institucional vigencia 2020.

7. No se evidencia la aplicación de la evaluación de desempeño a provisionales y planta temporal, incumpliendo la acción establecida para mitigar el riesgo relacionado con “Fallas en el desempeño del cargo” del mapa de riesgos institucional vigencia 2020.

8. No se evidencia el despliegue del instrumento repositorio de conocimiento explícito de la entidad” acción propuesta para mitigar el riesgo relacionado con “Fuga del capital intelectual” del mapa de riesgos institucional vigencia 2020.

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

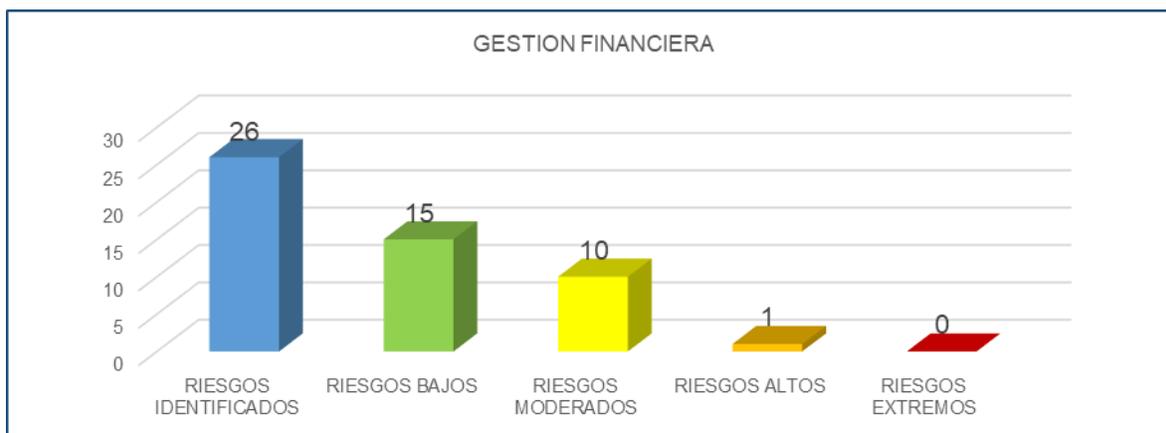
9. No se ha identificado, clasificado priorizado el conocimiento relevante de la Entidad, acción propuesta para mitigar el riesgo relacionado con “Fuga del capital intelectual” del mapa de riesgos institucional vigencia 2020.

GESTION FINANCIERA

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

Riesgos identificados: 26
 Riesgos con severidad bajo: 15
 Riesgos con severidad moderada: 10
 Riesgos con severidad alto: 1
 Riesgos con severidad extremos: 0

RIESGOS IDENTIFICADOS



Riesgos altos

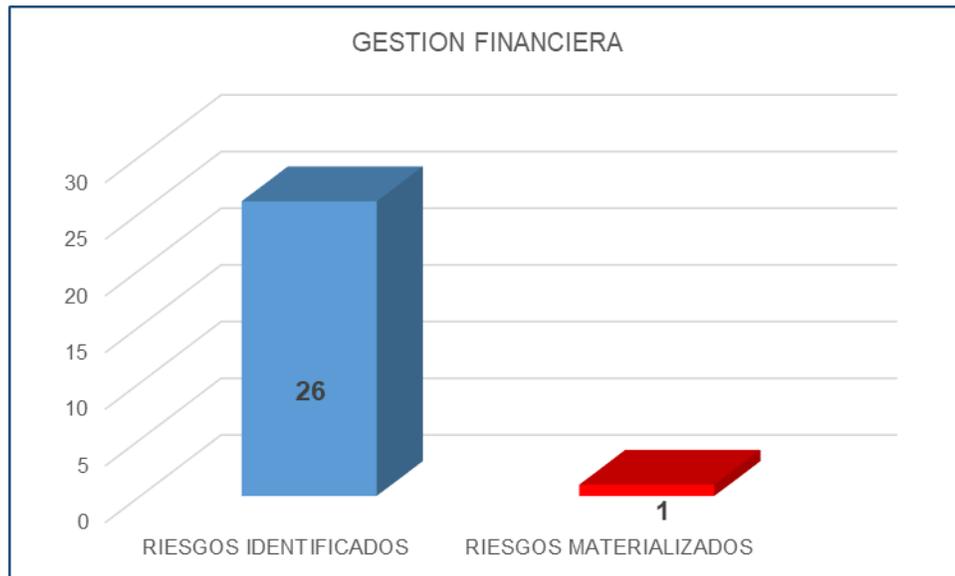
1. *Inoportunidad en la respuesta a las facturas devueltas*

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: 26
 Riesgos materializados: 1



DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS

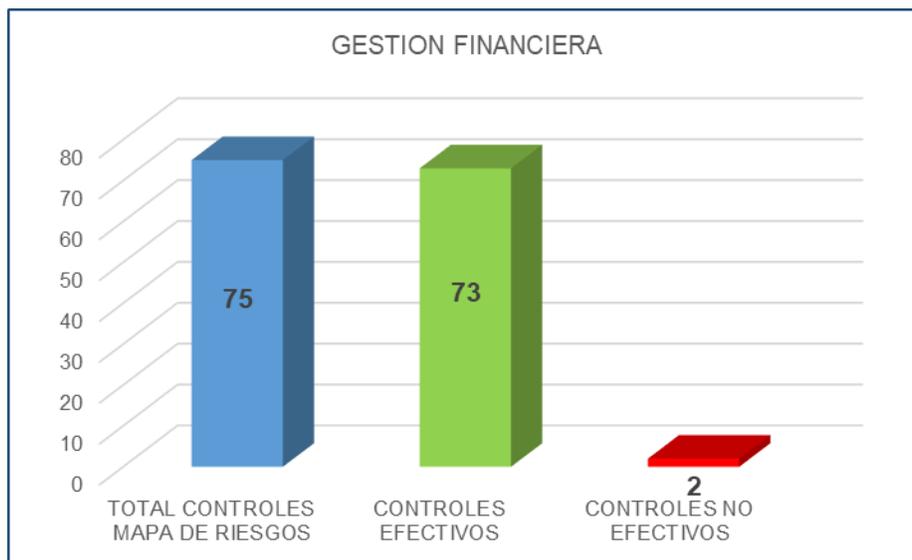
1. Errores en la facturación.

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: 75
 Controles efectivos: 73
 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

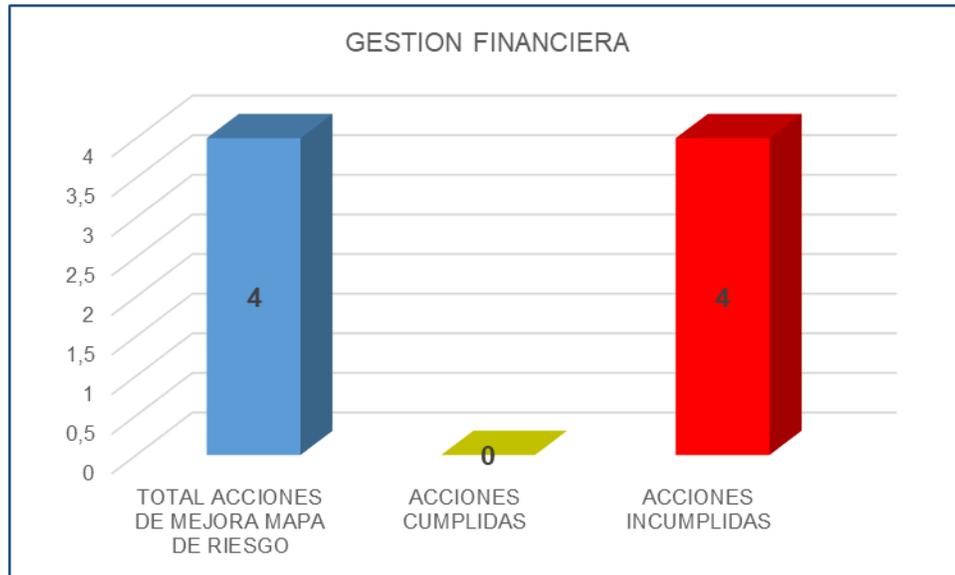
RIESGO	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Errores en la facturación.</i>	<i>Aplicación del procedimiento de facturación</i>
<i>Inoportunidad en la entrega de la respuesta a glosas a las diferentes ERP</i>	<i>Indicador de oportunidad de entrega de la glosa inicial</i>

ACCIONES DE TRATAMIENTO 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: 4
 Acciones cumplidas: 0
 Acciones incumplidas 4

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



DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

RIESGO	ACCIONES INCUMPLIDAS
<i>No facturación del servicio prestado</i>	<p>1. Actualización del procedimiento de facturación para estandarizar el requisito referente a que todo servicio sea prestado con la representación de la factura correspondiente</p> <p>2. Despliegue del procedimiento de facturación actualizado</p>
<i>Inoportunidad en la respuesta a las facturas devueltas</i>	<p>3. Elaborar procedimiento de devoluciones y respuestas a facturas devueltas.</p> <p>4. Aplicar procedimiento de devoluciones y respuestas</p>

HALLAZGOS

Riesgos materializados

1. Se evidencia la materialización del riesgo "Errores en la facturación" toda vez que se presentan fallas en la aplicabilidad del procedimiento.

Evidencia: Información aleatoria correspondiente al día 1 al 17 de agosto de 2020 por cada red.

RED NORTE	No.
ERRORES DE RIPS	408

RED SUR	No.
ERRORES DE RIPS	539

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

SERVICIOS PENDIENTES POR FACTURAR	238
DUPLICADAS	14
FACTURAS ANULADAS	85
PROCEDIMIENTO Y/O CONSULTA NO REALIZADO	49
ERROR DE PERSONAL ASISTENCIAL	15
ERROR EN CODIGOS CUPS Y SOAT	9
DOBLE FACTURACION DE PROCEDIMIENTO Y/O CONSULTA POR CAJERO	4
ACTUALIZACION DE AFILIACION EN SIOS	3
RETIRO DEL USUARIO DEL SERVICIO	2
MEDICAMENTO NO CORRESPONDE	2
ERROR EN CANTIDAD	1

RED ORIENTE	No.
ERRORES DE RIPS	137
SERVICIOS PENDIENTES POR FACTURAR	10
DUPLICADAS	6
FACTURAS ANULADAS	10
MEDICAMENTO NO CORRESPONDE	4
PROCEDIMIENTO Y/O CONSULTA NO REALIZADO	2
ERROR DE PERSONAL ASISTENCIAL	1

SERVICIOS PENDIENTES POR FACTURAR	369
FACTURAS ANULADAS	15
PROCEDIMIENTO Y/O CONSULTA NO REALIZADO	7
ERROR DE CAJERO	3
ERROR EN CODIGOS CUPS Y SOAT	2
ACTUALIZACION DE AFILIACION EN SIOS	2
ERROR CENTRO DE COSTOS	1

RED OCCIDENTE	No.
ERRORES DE RIPS	781
SERVICIOS PENDIENTES POR FACTURAR	59
DUPLICADAS	2
FACTURAS ANULADAS	59
PROCEDIMIENTO Y/O CONSULTA NO REALIZADO	21
ERROR EN CODIGOS CUPS Y SOAT	13
DOBLE FACTURACION DE PROCEDIMIENTO Y/O CONSULTA POR CAJERO	8
ACTUALIZACION DE AFILIACION EN SIOS	8
MEDICAMENTO NO CORRESPONDE	6
ERROR DE PERSONAL ASISTENCIAL	2
ERROR EN CANTIDAD	

Controles no efectivos

2. No se evidencia la medición del "indicador de oportunidad de entrega de la glosa inicial" incumpliendo el control establecido para mitigar el riesgo relacionado con "Inoportunidad en la entrega de la respuesta a glosas a las diferentes ERP."

Acciones de tratamiento no cumplidas

3. No se evidencia la "Actualización del procedimiento de facturación para estandarizar el requisito referente a que todo servicio sea prestado con la representación de la factura correspondiente" acción propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "No facturación del servicio prestado."

4. No se evidencia el "Despliegue del procedimiento de facturación que debía ser actualizado" acción propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "No facturación del servicio prestado."

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

5. No se elaboró el "procedimiento de devoluciones y respuestas a facturas devueltas." acción propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Inoportunidad en la respuesta a las facturas devueltas."

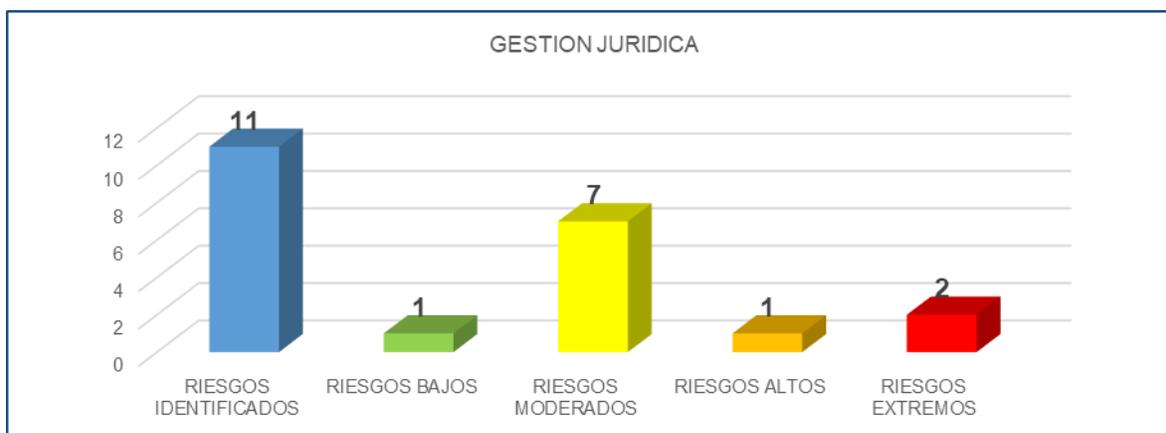
6. No se aplica el "procedimiento de devoluciones y respuestas a facturas devueltas." incumpliendo la acción propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Inoportunidad en la respuesta a las facturas devueltas."

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

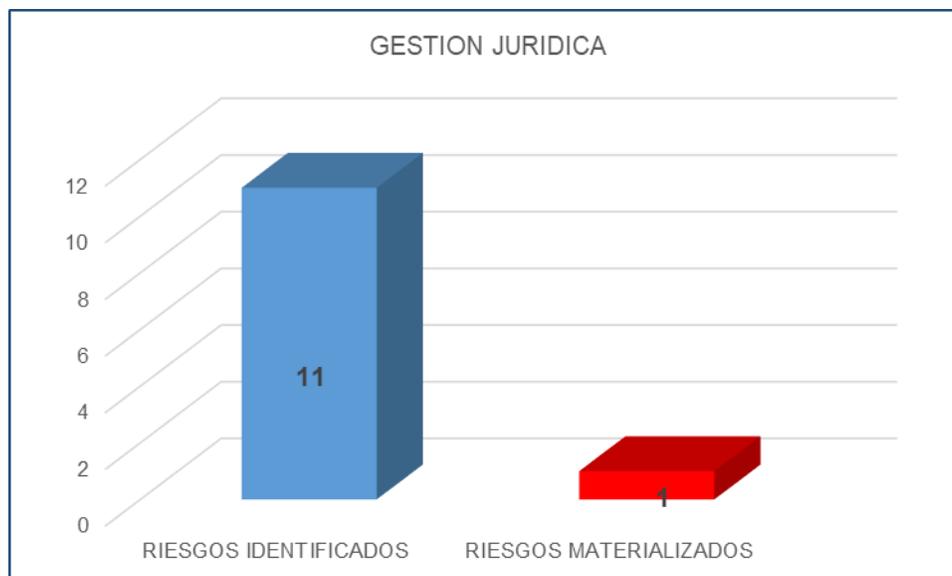
	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

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

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 11

Riesgos materializados: 1



DESCRIPCION DE RIESGOS MATERIALIZADOS

1. *Publicación no oportuna o incompleta de la información requerida en el SECOP y plataforma SIA del proceso contractual*

EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

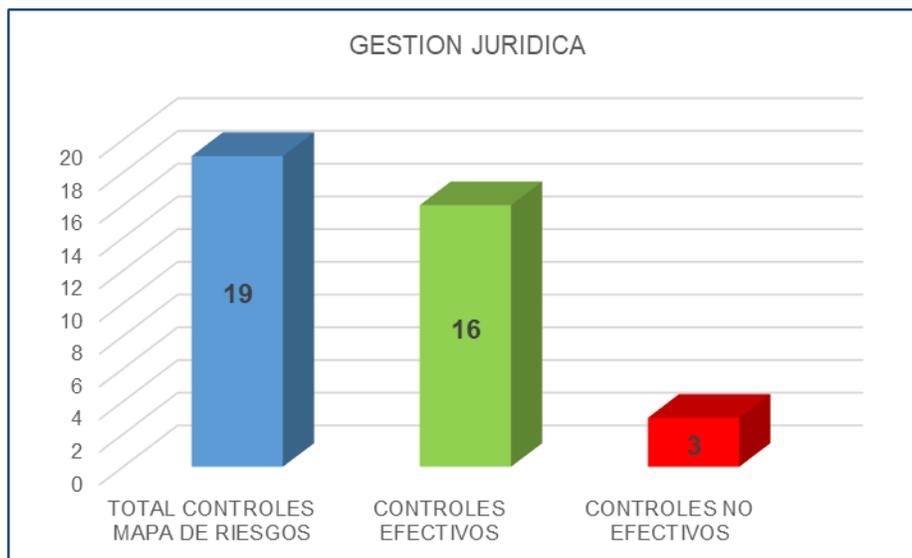
A continuación se presenta los controles no efectivos los cuales no se realizan o tienen debilidad en su ejecución.

Total controles en los mapas de riesgos: 19

Controles efectivos: 16

Controles no efectivos: 3

	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	CONTROLES NO EFECTIVOS
<i>Publicación no oportuna o incompleta de la información requerida en el SECOP y plataforma SIA del proceso contractual</i>	<i>1.Elaboración de reporte mensual de contratos elaborados, fecha de suscripción y fecha de cargue a la plataforma SECOP</i>
	<i>2. Elaboración y reporte mensual de contratos elaborados en el mes y corroboración de cargue en plataforma SIA dentro del término estipulado.</i>
<i>Ejecución contractual sin cumplimiento de requisitos de ejecución</i>	<i>3.Emisión de circular sobre el procedimiento contractual y requisitos de ejecución</i>

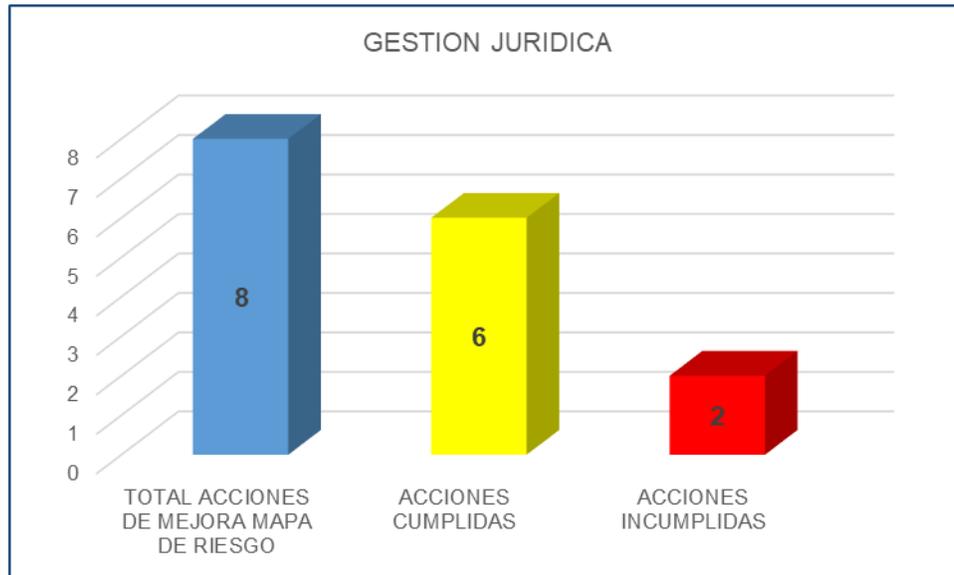
ACCIONES DE TRATAMIENTO NO CUMPLIDAS

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: 6

Acciones incumplidas 2



DESCRIPCION DE ACCIONES NO CUMPLIDAS

RIESGO	ACCIONES INCUMPLIDAS
<i>Demoras en el proceso de contratación de bienes y servicios.</i>	<p>1. Estandarizar hoja de ruta para determinar tiempos entre solicitud de CDP hasta el proceso de cumplimiento de requisitos,</p> <p>2. Implementar la hoja de ruta para determinar tiempos entre solicitud de CDP hasta el proceso de cumplimiento de requisitos</p>

HALLAZGOS

Riesgos materializados

1. Se evidencia la materialización del riesgo “Publicación no oportuna o incompleta de la información requerida en el Secop” toda vez que se procedió a verificar el cargue de la información pre contractual, contractual y post contractual en la plataforma SECOP 2019 (totalidad de los contratos), encontrando los siguientes resultados:

De 26 documentos publicados (18 contratos y 8 adiciones) en la Plataforma SECOP de Colombia Compra Eficiente, tan solo 9 fueron realizados de manera oportuna, de tal manera que el 65.4% de los contratos se publican de manera inoportuna.

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

CONTRATO	FECHA DEL CONTRATO	FECHA DE PUBLICACION	OPORTUNO
017-2019	23 de enero de 2019	30 de enero de 2019	No oportuno
Adición 017-2019	10 de septiembre de 2019	4 de octubre de 2019	No oportuno
157-2019	31 de marzo de 2019	7 de junio de 2019	No oportuno
Adición 157-2019	24 de septiembre de 2019	30 de septiembre de 2019	No oportuno
104-2019	5 de abril de 2019	25 de abril de 2019	No oportuno
Adición 104 - 2019	28 de mayo de 2019	7 de junio de 2019	No oportuno
069-2019	1 de marzo de 2019	7 de marzo de 2019	No oportuno
033-2019	1 de febrero de 2019	28 de febrero de 2019	No oportuno
Adición 033 - 2019	10 de septiembre de 2019	4 de octubre de 2019	No Oportuno
045-2019	15 de febrero de 2019	18 de febrero de 2019	Oportuno
167-2019	20 de junio de 2019	21 de junio de 2019	Oportuno
Adición 167 - 2019	29 de julio de 2019	15 de agosto de 2019	No oportuno
068-2019	28 de febrero de 2019	1 de marzo de 2019	Oportuno
021-2019	31 de enero de 2019	4 de febrero de 2019	Oportuno
079-2019	15 de marzo de 2019	20 de marzo de 2019	Oportuno
179-2019	26 de junio de 2019	3 de julio de 2019	No oportuno
171-2019	28 de junio de 2019	4 de julio de 2019	Oportuno
046-2019	18 de febrero de 2019	20 de febrero de 2019	Oportuno
014-2019	22 de enero de 2019	29 de enero de 2019	No oportuno
005-2019	8 de enero de 2019	16 de enero de 2019	No oportuno
161-2019	14 de junio de 2019	19 de junio de 2019	Oportuno
047 - 2019	18 de febrero de 2019	20 de febrero de 2019	Oportuno
Adición 047 - 2019	12 de julio de 2019	18 de septiembre de 2019	No oportuno
072-2019	7 de febrero de 2019	11 de marzo de 2019	No oportuno
Adición 1 072 - 2019	9 de julio de 2019	14 de agosto de 2019	No oportuno
Adición 2 072 - 2019	10 de septiembre de 2019	18 de septiembre de 2019	No oportuno

Se procedió a verificar el cargue de la información pre contractual, contractual y post contractual en la plataforma SIA OBSERVA (totalidad de los contratos) y se pudo establecer que se presenta incumplimiento generalizado en el cargue de la información a la Plataforma SIA OBSERVA de la Contraloría:

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

CONTRATO	CUMPLIMIENTO PRECONTRACTUAL	CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL	CUMPLIMIENTO POSCONTRACTUAL	CUMPLIMIENTO GENERAL
017-2019	28.6%	40.0%	0%	31.6%
157-2019	28.6%	40.0%	50.0%	36.8%
104-2019	28.6%	30.0%	50.0%	31.6%
069-2019	28.6%	40.0%	50.0%	36.8%
033-2019	28.6%	40.0%	0%	31.6%
045-2019	28.6%	30.0%	0%	26.3%
167-2019	100%	50.0%	N.A.	66.7%
068-2019	100%	50.0%	N.A.	66.7%
021-2019	28.6%	40.0%	0%	31.6%
079-2019	28.6%	20.0%	0%	21.1%
179-2019	28.6%	30.0%	50%	31.6%
171-2019	Mal clasificado, es Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo			
046-2019	28.6%	30.0%	0%	26.3%
014-2019	28.6%	20.0%	0%	21.1%
005-2019	28.6%	20.0%	0%	21.1%
161-2019	100%	50.0%	N.A.	66.7%
047 - 2019	100%	50.0%	N.A.	66.7%
072-2019	100%	50.0%	N.A.	66.7%

Controles no efectivos

2. No se ha realizado la “Emisión de circular sobre el procedimiento contractual y requisitos de ejecución.” control propuesto para mitigar el riesgo relacionado con “Ejecución contractual sin cumplimiento de requisitos de ejecución” del mapa de riesgos institucional vigencia 2020.

Acciones de tratamiento no cumplidas

3. No se evidencia la “estandarización de la hoja de ruta para determinar tiempos entre solicitud de CDP hasta el proceso de cumplimiento de requisitos”, acción propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Demoras en el proceso de contratación de bienes y servicios". Es importante replantear el tratamiento del riesgo.

Evidencia: La oficina Asesora Jurídica pudo evidenciar que el control planteado no es efectivo en atención a las siguientes razones 1) el CDP no solo se solicita para el trámite de contratos, 2) en la solicitud de CDP y su trámite No interviene la oficina asesora jurídica, 3) se ha evidenciado que el indicador no es procedente ya que en concordancia con el trámite de los contratos por medio de plataforma bionexo, que a 30 de junio de 2020 suman 49 de un solo CDP se derivan varios procesos contractuales, los cuales no cumplen requisitos de ejecución en la misma fecha, adicionalmente se evidencia que expiden CDP amplios, que no son utilizados en su momento y que se radican para tramitar contratos nuevos, a la fecha del presente reporte la oficina asesora jurídica tramita tres contratos con un CDP cuya fecha de expedición es mayor a dos meses.

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

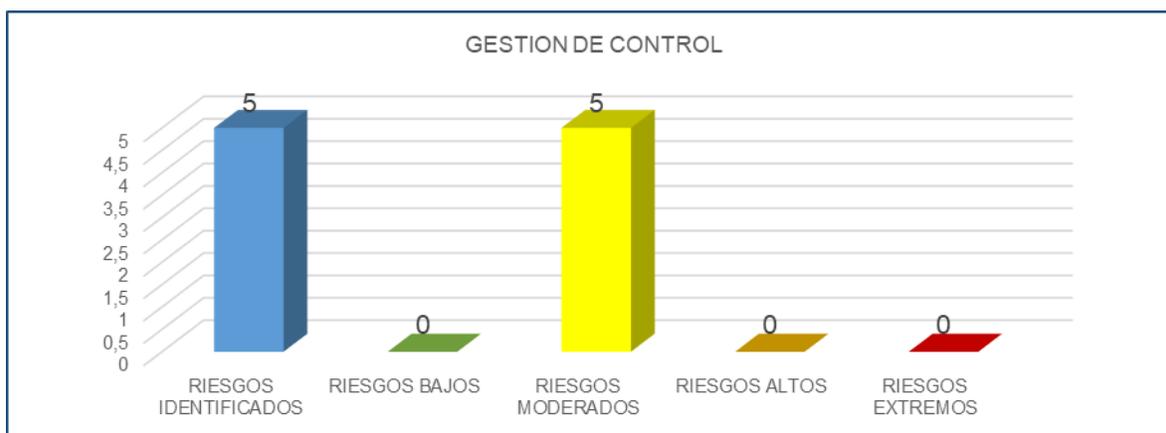
4. No se evidencia la "implementación de la hoja de ruta para determinar tiempos entre solicitud de CDP hasta el proceso de cumplimiento de requisitos", acción propuesta para mitigar el riesgo relacionado con "Demoras en el proceso de contratación de bienes y servicios". Es importante replantear el tratamiento del riesgo.

GESTION DE CONTROL

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

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

RIESGOS IDENTIFICADOS

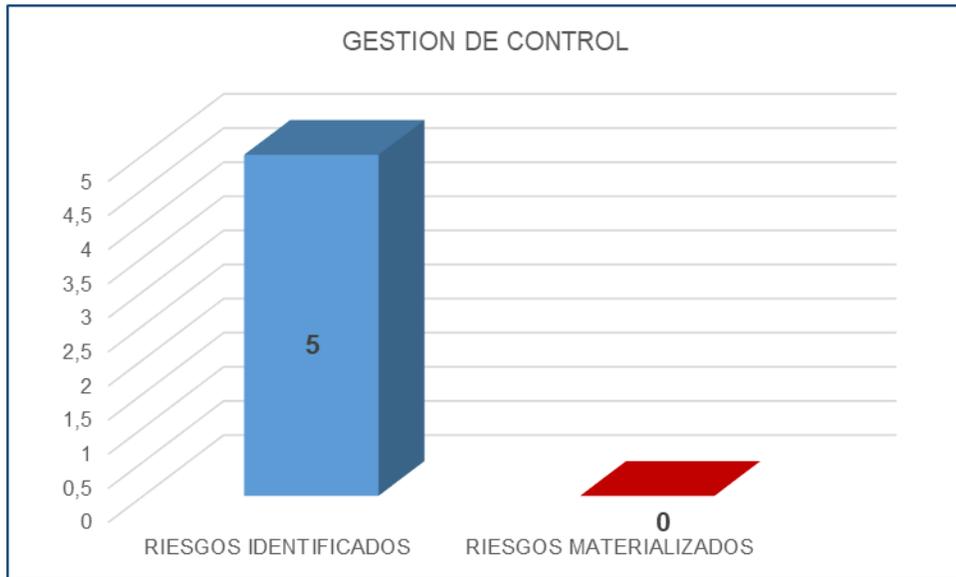


De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

RIESGOS MATERIALIZADOS

Riesgos identificados: 5
 Riesgos materializados: 0

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



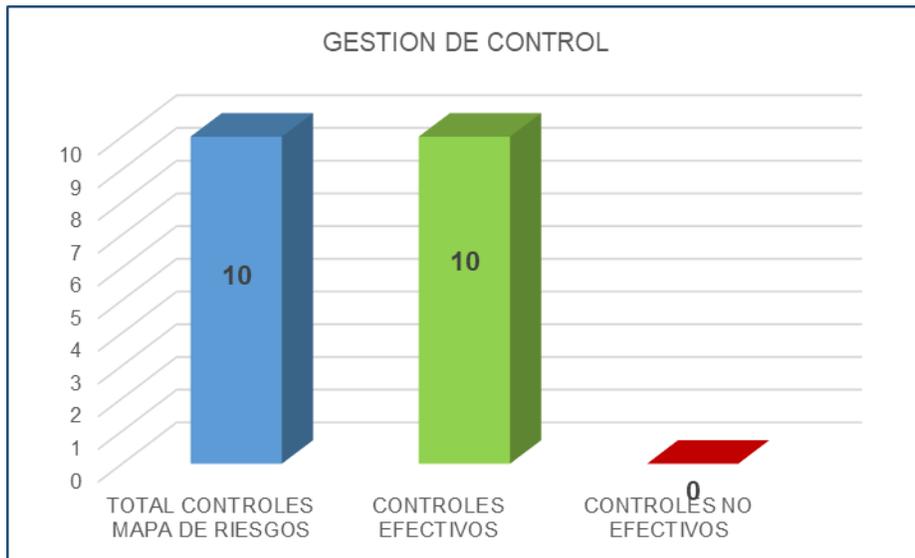
EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES

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: 10

Controles efectivos: 10

Controles no efectivos: 0



HALLAZGOS

No se presentan hallazgos en este proceso

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

ALCANCE SEGUIMIENTO MODOS DE FALLA PROCESOS MISIONALES

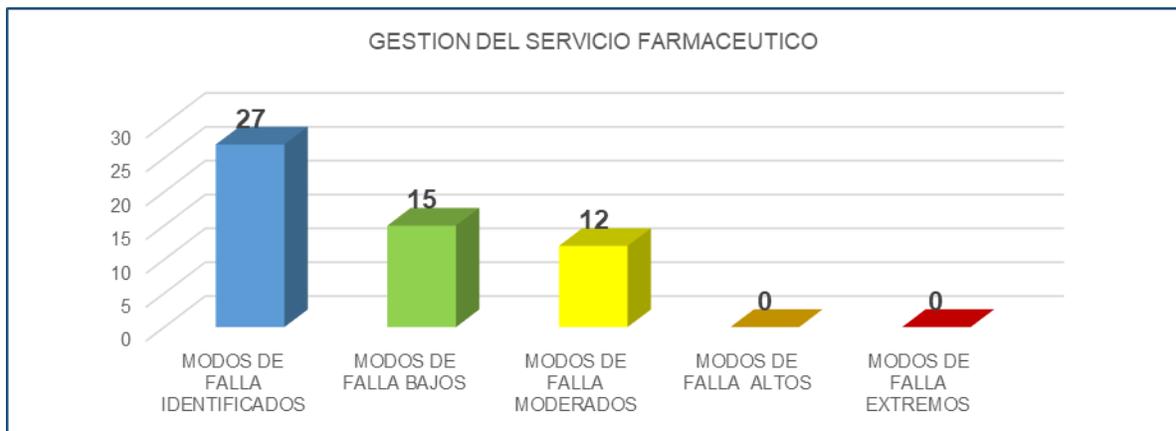
- Realizar seguimiento a la materialización de los modos de falla de los procesos misionales del mapa de procesos de Pasto Salud ESE

GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO

A continuación se presenta los modos de falla establecidos en el Proceso Gestión del servicio farmacéutico.

Riesgos identificados: 27
 Riesgos con severidad bajo: 15
 Riesgos con severidad moderada: 12
 Riesgos con severidad alto: 0
 Riesgos con severidad extremos: 0

MODOS DE FALLA IDENTIFICADOS

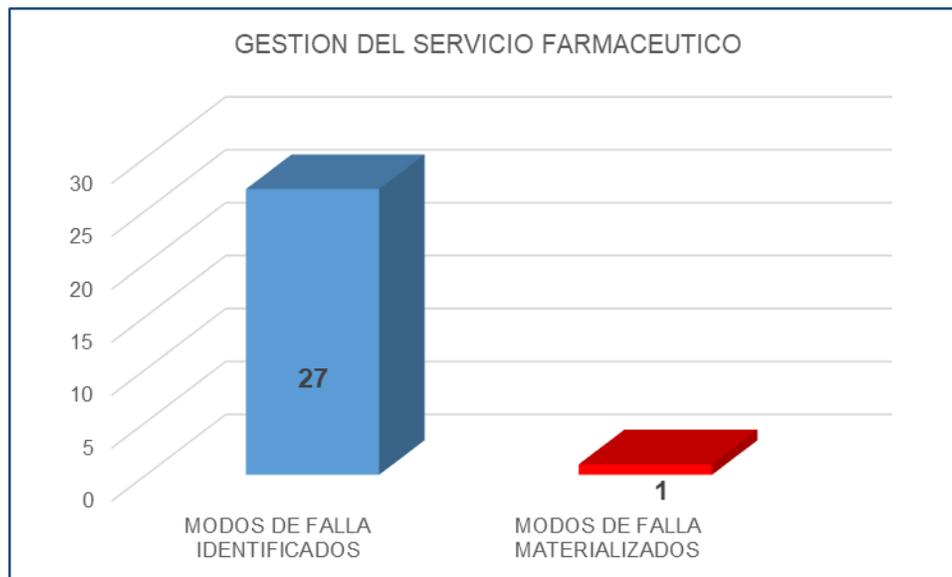


De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

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

MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

Modos de falla identificados: 27
 Modos de falla materializados: 1



DESCRIPCION DE MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

1. Errores de dispensación (paciente, medicamento, forma farmacéutica, concentración, vida útil, educación al paciente, cantidad)

HALLAZGOS

1. Se evidencia la materialización del modo de falla "Errores de dispensación" toda vez que aunque no hubo eventos adversos se presentan incidentes que conllevan a reprocesos, de acuerdo a la siguiente información:

Reporte de informe de farmacovigilancia y tecnovigilancia primer y segundo trimestre de 2020:

Para el primer trimestre de la vigencia 2020, los errores más frecuentes en la fórmula médica son:

- Error en forma farmacéutica: 302
- Error en cantidad: 334
- Error en medicamento: 108
- Doble formulación en sistema: 153

Para el segundo trimestre de la vigencia 2020, los errores más frecuentes en la fórmula médica son:

- Error en forma farmacéutica: 164

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

Error en dosis: 12
 Error en cantidad: 191
 Error en medicamento: 66

Barreras no cumplidas:

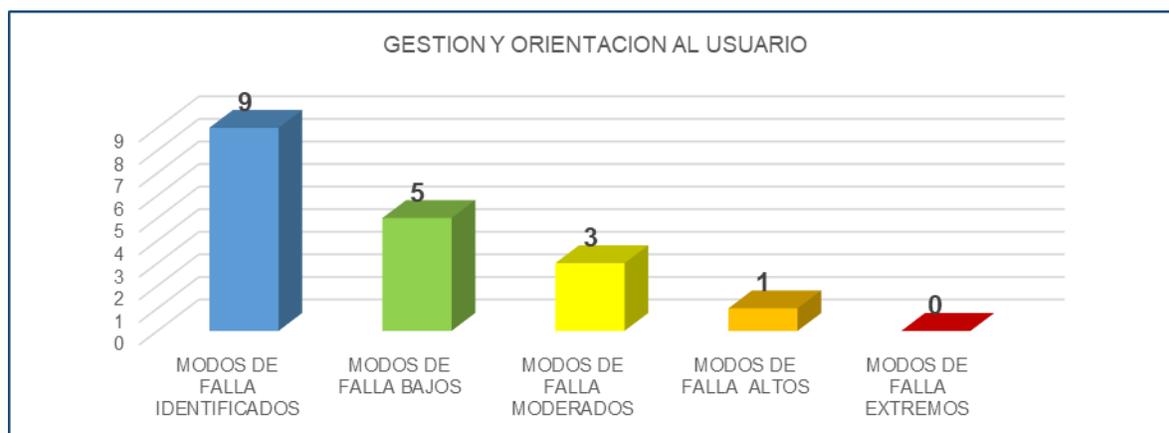
2. No se evidencia la medición del " Indicador intervención farmacéutica aceptada" barrera de control establecida para mitigar el modo de falla relacionado con "Problemas relacionados con el uso de medicamentos por el no seguimiento farmacológico a los pacientes".

GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO

A continuación se presenta los modos de falla establecidos en el Proceso Gestión y orientación del usuario.

Riesgos identificados: 9
 Riesgos con severidad bajo: 5
 Riesgos con severidad moderada: 3
 Riesgos con severidad alto: 1
 Riesgos con severidad extremos: 0

MODOS DE FALLA IDENTIFICADOS



Riesgos altos

1. *Inasistencia del usuario a citas medicas*

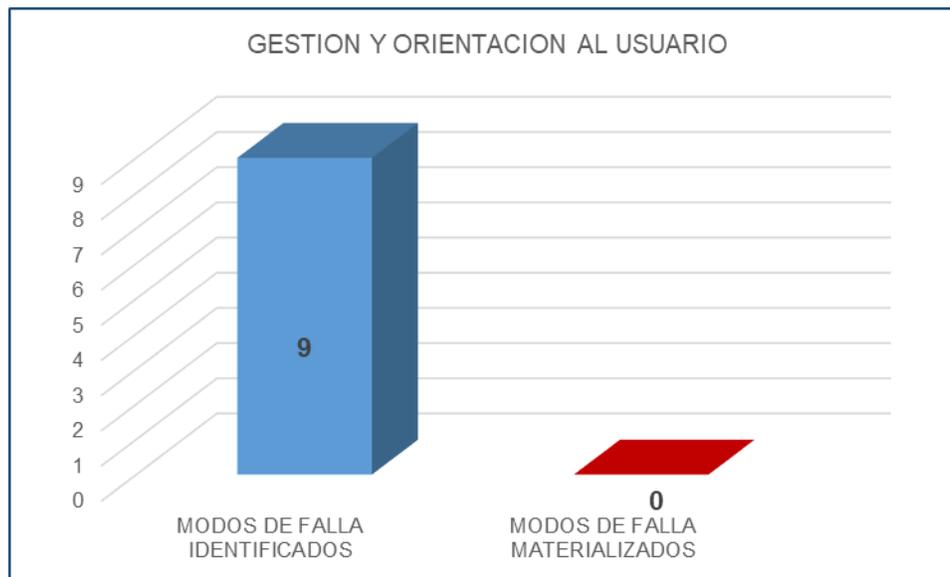
De acuerdo al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se evidencio lo siguiente:

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

MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

Modos de falla identificados: 9

Modos de falla materializados: 0



HALLAZGOS

Barreras no cumplidas:

1. No se evidencia la “socialización de los tiempos de atención a todo el personal involucrado-SIAU” barrera de control establecida para mitigar el modo de falla relacionado con “Generar agendas con tiempos no adecuados para cada programa (ej, crónicos 30 minutos)”.
2. No se evidencia la “capacitación y reinducción al personal de SIAU, respecto al portafolio de servicios actualizado” barrera de control establecida para mitigar el modo de falla relacionado con “Inadecuada oferta de servicios”.

GESTION DE HOSPITALIZACION

A continuación se presenta los modos de falla establecidos en el Proceso Gestión de hospitalización.

Riesgos identificados: 49

Riesgos con severidad bajo: 10

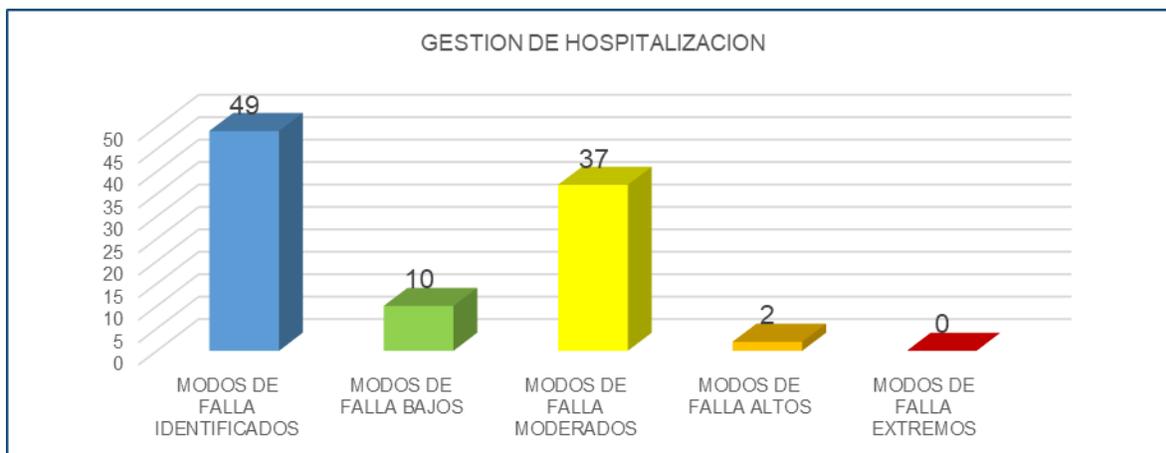
Riesgos con severidad moderada: 37

Riesgos con severidad alto: 2

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

Riesgos con severidad extremos: 0

MODOS DE FALLA IDENTIFICADOS



Riesgos altos

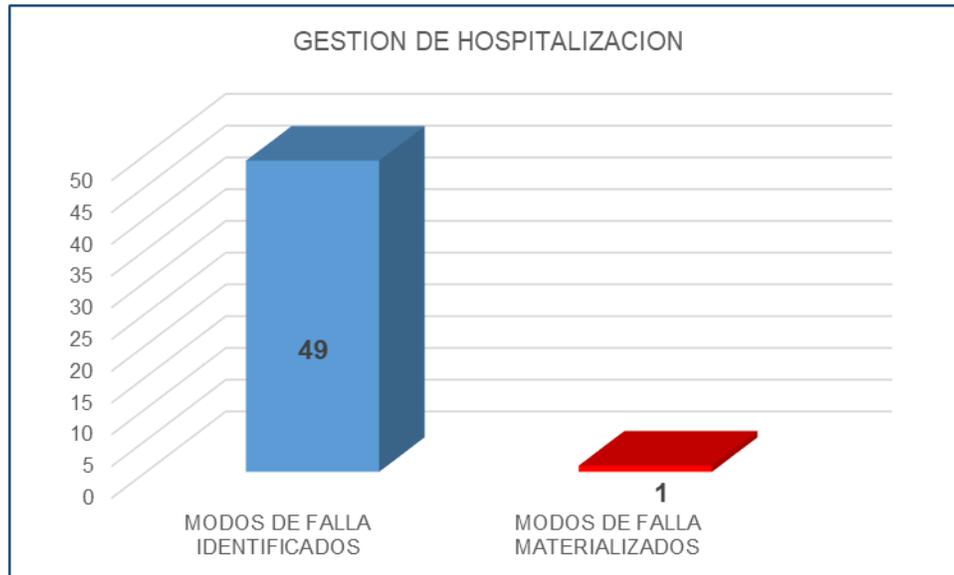
- | |
|--|
| 1. <i>Plan terapéutico inadecuado</i> |
| 2. <i>No cumplimiento o ejecución errada del plan de atención instaurado</i> |

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

MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

Modos de falla identificados: 49
 Modos de falla materializados: 1

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



DESCRIPCION DE MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

1. *Inadecuado registro clínico*

HALLAZGOS

Modo de falla materializado:

1. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "Inadecuado registro clínico" de acuerdo a la información suministrada por la auditoria a registros clínicos realizadas en el primer y segundo trimestre de 2020.

Resultados primer trimestre 2020

Oportunidades de mejora DILIGENCIAMIENTO HC

En 24 de las 26 historias clínicas auditadas, no se registran la revisión por sistemas de manera completa.

En 18 de las 26 historias clínicas auditadas se evidencia igual registro en la enfermedad actual al realizado en la consulta inicial de urgencias.

En 14 de las 26 historias clínicas auditadas, se evidencia igual registro en signos vitales que en la historia clínica de atención inicial de urgencias.

En 11 de las 26 historias clínicas auditadas, se evidencia un examen físico incompleto relacionado con el órgano afecto, especialmente en ansiedad y/o depresión, donde no se registra un examen físico mental completo.

Resultados segundo trimestre 2020

Oportunidades de mejora DILIGENCIAMIENTO HC:

En 10 de las 18 historias clínicas auditadas no se registran la revisión por sistemas de manera completa.

En 7 de las 18 historias clínicas auditadas el diligenciamiento de la historia clínica no es de calidad (res 1995/99), no es clara, y/o presenta intercalaciones, espacios en blanco.

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

En 7 de las 18 historias clínicas auditadas se evidencia igual registro en la enfermedad actual al realizado en la consulta inicial de urgencias.

En 5 de las 18 historias clínicas auditadas no se registran los datos de identificación completos.

GESTION DE IMAGENOLOGIA

A continuación se presenta los modos de falla establecidos en el Proceso Gestión de imagenología.

Riesgos identificados: 19

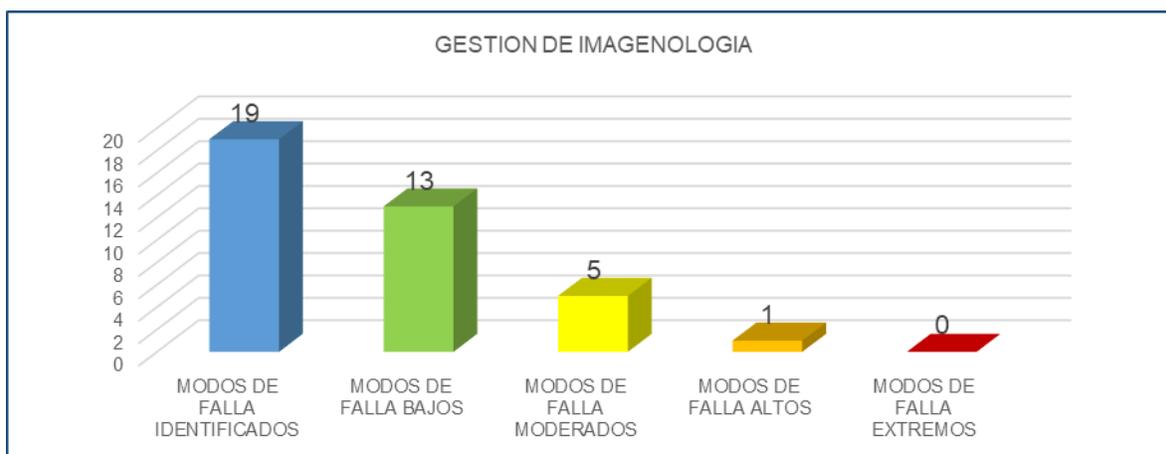
Riesgos con severidad bajo: 13

Riesgos con severidad moderada: 5

Riesgos con severidad alto: 1

Riesgos con severidad extremos: 0

MODOS DE FALLA IDENTIFICADOS



Riesgos altos

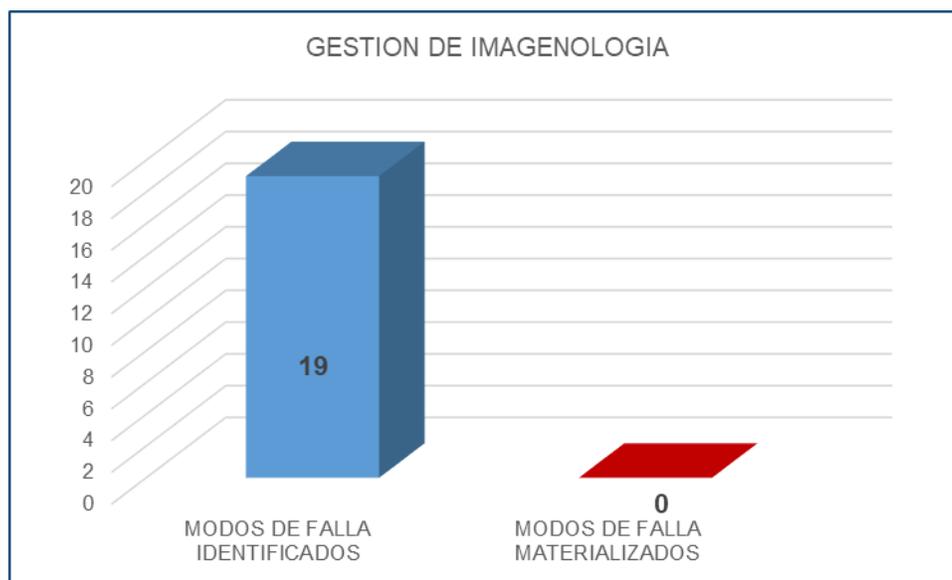
*Caída de paciente.
Condiciones del paciente no comunicadas al servicio de imagenología que comprometen la seguridad del paciente.*

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				

MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

Modos de falla identificados: 19
 Modos de falla materializados: 0



HALLAZGOS

No se registran hallazgos en este proceso.

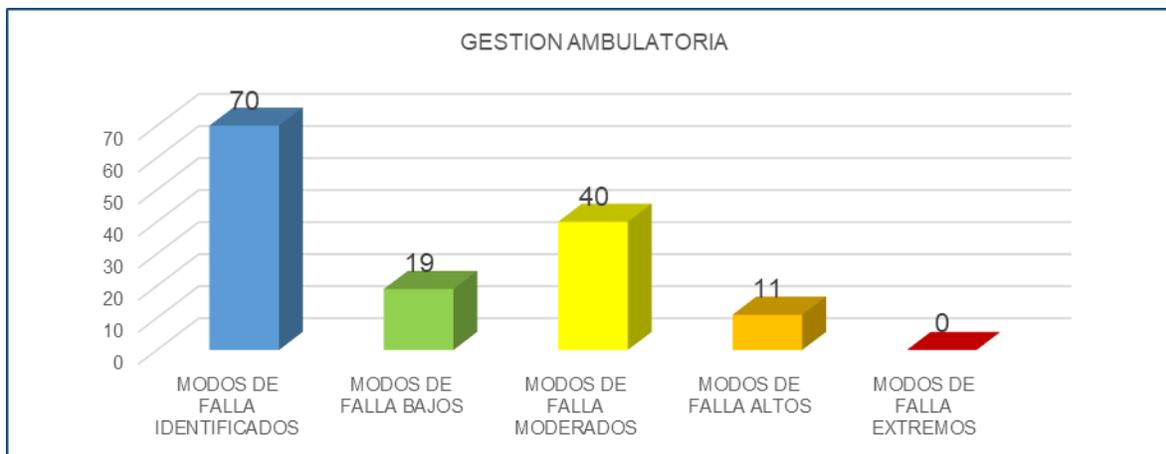
GESTION AMBULATORIA

A continuación se presenta los modos de falla establecidos en el Proceso Gestión Ambulatoria.

Riesgos identificados: 70
 Riesgos con severidad bajo: 19
 Riesgos con severidad moderada: 40
 Riesgos con severidad alto: 11
 Riesgos con severidad extremos: 0

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

MODOS DE FALLA IDENTIFICADOS



Riesgos altos

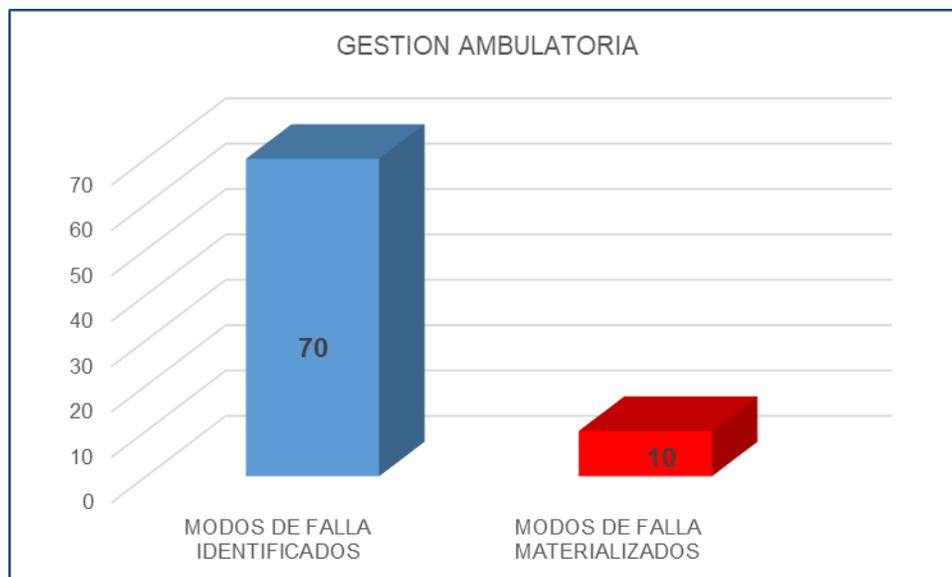
1. No realización de anamnesis adecuada, Anamnesis con débil análisis y registro semiológico, No detección de necesidades y riesgos del paciente a su ingreso
2. Realización inadecuada del examen físico. No toma de signos vitales por parte del medico Realización de examen físico limitado al motivo de consulta.
3. Hacer un diagnóstico errado. Aplicar la guía de un diagnostico errado.
4. Inadecuada identificación del paciente
5. Caídas del sistema de información SIOS
6. Información incompleta a los usuarios y familia del plan de tratamiento en atención ambulatoria. El usuario no comprende la educación brindada por el personal de salud. No brindar educación a los pacientes con respecto a su tratamiento.
7. No identificar riesgos (alergias, caídas, interacciones medicamentosas)
8. Error en el diagnóstico
9. No adherencia al "Manual técnico administrativo del PAI, en el Módulo de aplicación de biológicos y vacunación segura" (y dosis inadecuadas, jeringas y agujas incorrectas). En vacunas orales, vómito franco inmediatamente después del suministro del biológico. En biológicos inyectables aplicación al usuario en sitio anatómico diferente o superficialmente por sostenerlo inadecuadamente. (errores programáticos) Inadecuada reconstitución de biológicos Falta de insumos (biológico y/o jeringas) para la prestación del servicio.
10. Bases de datos de la ERP desactualizadas.
11. (Servicio extramural) No identificación de usuarios en las bases de datos de las EPS con posibles necesidades de salud. No encontrar al usuario en su domicilio. No se encuentra el domicilio del usuario. No realización de visita a usuarios detectados con necesidad de seguimiento desde los servicios asistenciales de Pasto salud ESE.

	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, se evidencio lo siguiente:

MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

Modos de falla identificados: 70
 Modos de falla materializados: 10



DESCRIPCION DE MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

1. No detección de necesidades y riesgos del paciente a su ingreso. No realización de anamnesis adecuada, anamnesis con débil análisis y registro semiológico
2. Plan de tratamiento erróneo o insuficiente, tratamiento no acorde con la guía
3. Baja calidad del registro de la historia clínica
4. Riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud
5. Fallas en el diligenciamiento del odontograma
6. Diagnóstico inadecuado
7. Errores en la formulación de medicamentos (medicamento, presentación, cantidad, dosis y tiempo).
8. Fallas al diligenciar el consentimiento o el disentimiento informado
9. Caída de paciente
10. Mala comunicación en el proceso de atención

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

HALLAZGOS

1. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "No detección de necesidades y riesgos del paciente a su ingreso", toda vez que en el primer semestre de 2020, se presentó un evento adverso relacionado con procedimiento inserción jabelle sin retiro de barras anteriores, se colocó una sobrecarga hormonal frente a métodos de planificación familiar y se presentó un caso de un embarazo con parto domiciliario que recibió anticoncepción inadvertida durante todo el embarazo.

Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "No realización de anamnesis adecuada, anamnesis con débil análisis y registro semiológico" toda vez que se presentó un evento adverso relacionado con embarazo no deseado por no interrogatorio adecuado de la fecha de la última menstruación y no aplicación de barreras de seguridad para la toma de pruebas de embarazo.

2. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "Plan de tratamiento erróneo o insuficiente, tratamiento no acorde con la guía" de acuerdo a información de los resultados de auditoría a registros clínicos y a la presencia de un evento adverso.

Se presentó un evento adverso, relacionado con óbito fetal asociado a diagnóstico de preeclampsia no manejado de acuerdo a la guía.

Resultado de auditoría a registros clínicos:

Resultado de auditoría primer trimestre de 2020

Oportunidades de mejora ADHERENCIA HC

En 17 de las 50 historias clínicas auditadas no se evidencia farmacológica con lo mencionado en la guía que se debe formular, en muchas ocasiones se sobreformula medicamentos.

En 11 de las historias clínicas auditadas, no se evidencia adherencia a la orden de ayudas diagnósticas según la guía.

Resultado de auditoría segundo trimestre de 2020

Oportunidades de mejora ADHERENCIA HC

En 23 de las 50 historias clínicas auditadas, se evidencia registro inadecuado de impresión diagnóstica, por uso de códigos CIE10 iniciados con "R", diagnóstico no coherente con el registro de enfermedad actual, antecedentes y examen físico.

En 15 de las 50 historias clínicas auditadas, se evidencia no adherencia terapéutica, teniendo en cuenta nombre, dosis, frecuencia, duración del medicamento, plan de tratamiento coherente con el registro de enfermedad actual, antecedentes y examen físico.

3. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "Baja calidad del registro de la historia clínica" de acuerdo a los resultados de auditoría a registros clínicos:

Informe de auditoría primer trimestre de 2020

Oportunidades de mejora DILIGENCIAMIENTO HC

En 13 de las 50 historias clínicas auditadas no se evidencia registro completo de los signos y síntomas, así como la reconciliación medicamentosa al ingreso de la enfermedad actual.

De 12 de las 50 historias clínicas auditadas, no se evidencia un registro del examen físico completo.

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

Informe de auditoría segundo trimestre de 2020

Oportunidades de mejora DILIGENCIAMIENTO HC

En 29 de las 50 historias clínicas auditadas no se evidencia registro completo en datos de identificación.

En 18 de las 50 historias clínicas auditadas, no se evidencia un registro completo de signos y síntomas en enfermedad actual.

En 13 de las 50 historias clínicas auditadas, no se evidencia un registro de examen físico completo.

4. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "Riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud" toda vez que en el primer semestre de 2020, se presentaron eventos adversos, relacionados con IAAS por procedimiento inserción implante subdermico, (2 casos): ESAVI y celulitis post procedimiento odontológico.

5. Se evidencia el modo de falla relacionado con "Fallas en el diligenciamiento del odontograma." toda vez que en el informe de registros clínicos odontológicos de primera vez RIAS y urgencias, de las IPS de PASTO SALUD, reporta diferencias en el diligenciamiento del odontograma anterior versus el actual, sin notas aclaratorias al respecto.

Del total de historias clínicas de odontología evaluadas (50), el 84% alcanzaron un porcentaje superior al 80% en calidad del registro.

6. Se evidencia el modo de falla relacionado con "Diagnóstico inadecuado" en el servicio de odontología, todo vez que se presenta un evento adverso relacionado con un paciente que asiste a consulta odontológica de urgencias, en donde se realiza diagnóstico y procedimiento inadecuado, generando reconsulta para corrección de dicho diagnóstico y procedimiento incorrecto.

7. Se evidencia el modo de falla relacionado con "Errores en la formulación de medicamentos (medicamento, presentación, cantidad, dosis y tiempo)" toda vez que en el informe de registros clínicos odontológicos de primera vez RIAS y urgencias, de las IPS de PASTO SALUD, se reporta que dentro de los 20 registros clínicos de urgencias odontológicas evaluados se logró identificar tres (3) eventos clínicos relacionadas con dosis inadecuadas, y medicamentos inadecuados.

8. Se evidencia el modo de falla relacionado con "Fallas al diligenciar el consentimiento o el disentimiento informado" toda vez que en el informe de registros clínicos odontológicos de primera vez RIAS y urgencias, de las IPS de PASTO SALUD, reporta inconsistencias en el diligenciamiento del consentimiento informado, no se registra de manera clara y completa los procedimientos que se van a realizar al paciente, no se describe la totalidad de riesgos y beneficios a los cuales se somete el paciente y la letra no es clara y legible.

Del total de historias clínicas de odontología evaluadas (50), el 84% alcanzaron un porcentaje superior al 80% en calidad del registro.

De acuerdo a las conclusiones de la auditoría a registros clínicos odontológicos se establece que:

Del total de consentimientos informados de primera vez RIAS evaluadas (48), el 69% diligencia de manera correcta y completa el consentimiento informado. Se solicitaron 50 consentimientos informados; sin embargo 2 consentimientos informados no fueron entregados pese a la solicitud, como son: Historia clínica N° 87064068 del Centro de Salud Morasurco y la Historia clínica N° 1081285802 del Centro de Salud Lorenzo.

Del total de consentimientos informados de urgencias evaluadas (19), el 89% diligencia de manera correcta y completa el consentimiento informado. Se solicitaron 20 consentimientos informados; sin

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

embargo 1 consentimiento informado no fue entregado pese a la solicitud, como es: Historia clínica N° 1004215545 del Centro de Salud Lorenzo.

9. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "Caída de paciente" toda vez que en el primer semestre de 2020, se presentaron dos eventos adversos:

1 caída en el servicio de vacunación.

1 caída en el servicio de odontología.

10. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "Mala comunicación en el proceso de atención" toda vez que en el primer semestre de 2020 se presentaron eventos adversos, de acuerdo a la siguiente información:

Celulitis facial en un paciente que no toma la medicación en el horario indicado.

Dos eventos lesión intraoral por información insuficiente y clara al paciente durante el procedimiento.

Incumplimiento de barreras:

Enfermería.

12. Se evidencia el incumplimiento de la barrera "Realizar talleres para fortalecer la comunicación asertiva" barrera propuesta para mitigar el modo de falla relacionado con * Información incompleta a los usuarios y familia del plan de tratamiento en atención ambulatoria, el usuario no comprende la educación brindada por el personal de salud, no brindar educación a los pacientes con respecto a su tratamiento.

Servicio Extramural.

13. Se evidencia el incumplimiento de la barrera "Educar por parte de atención al usuario a los pacientes sobre la importancia de entregar información correcta sobre sus datos personales para hacer los seguimiento respectivos" barrera propuesta para mitigar el modo de falla relacionado con * Bases de datos de la ERP desactualizadas.

RECOMENDACIONES

Es importante documentar el modo de falla relacionado con "Errores en el tratamiento" en el servicio de odontología toda vez que se evidencia que en el primer semestre de 2020 se presentaron eventos adversos relacionados con lo anterior.

GESTION DE LABORATORIO

A continuación se presenta los modos de falla establecidos en el Proceso Gestión de Laboratorio.

Riesgos identificados: 6

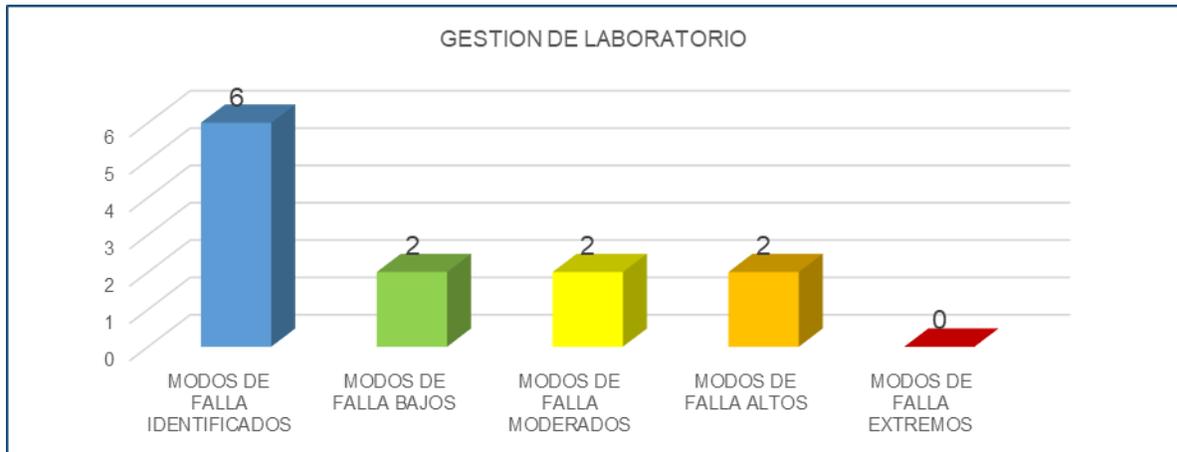
Riesgos con severidad bajo: 2

Riesgos con severidad moderada: 2

Riesgos con severidad alto: 2

Riesgos con severidad extremos: 0

MODOS DE FALLA IDENTIFICADOS



Riesgos altos

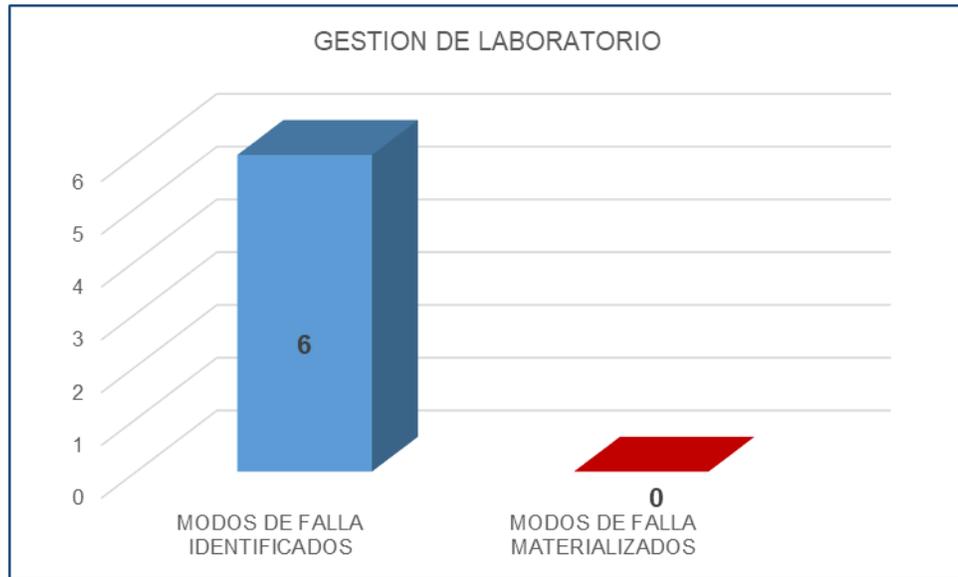
- | |
|----------------------------------|
| 1. Resultado erróneo |
| 2. No identificación de críticos |

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

MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

Modos de falla identificados: 6
 Modos de falla materializados: 0

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



HALLAZGOS

No se registran hallazgos en este proceso

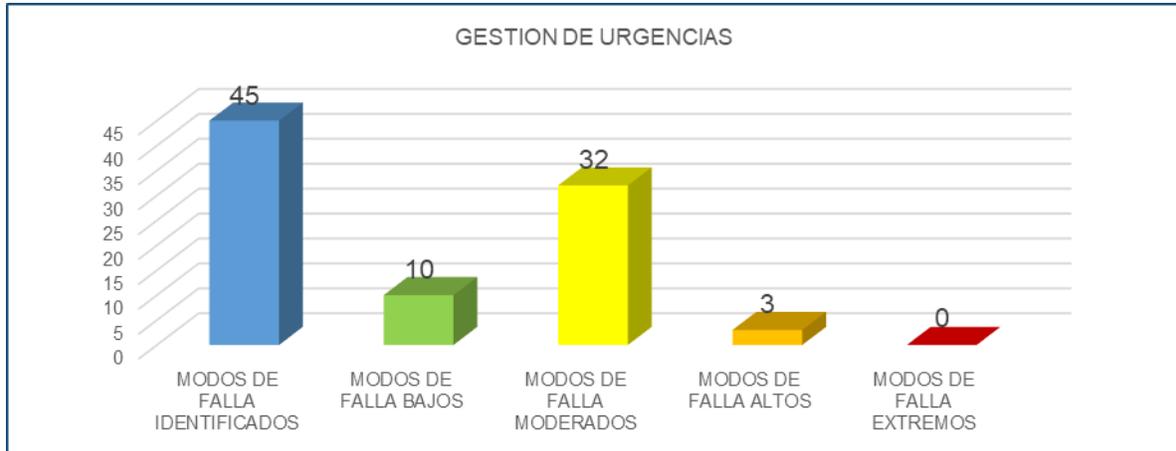
GESTION DE URGENCIAS

A continuación se presenta los modos de falla establecidos en el Proceso Gestión de Urgencias.

Riesgos identificados: 45
 Riesgos con severidad bajo: 10
 Riesgos con severidad moderada: 32
 Riesgos con severidad alto: 3
 Riesgos con severidad extremos: 0

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

MODOS DE FALLA IDENTIFICADOS



Riesgos altos

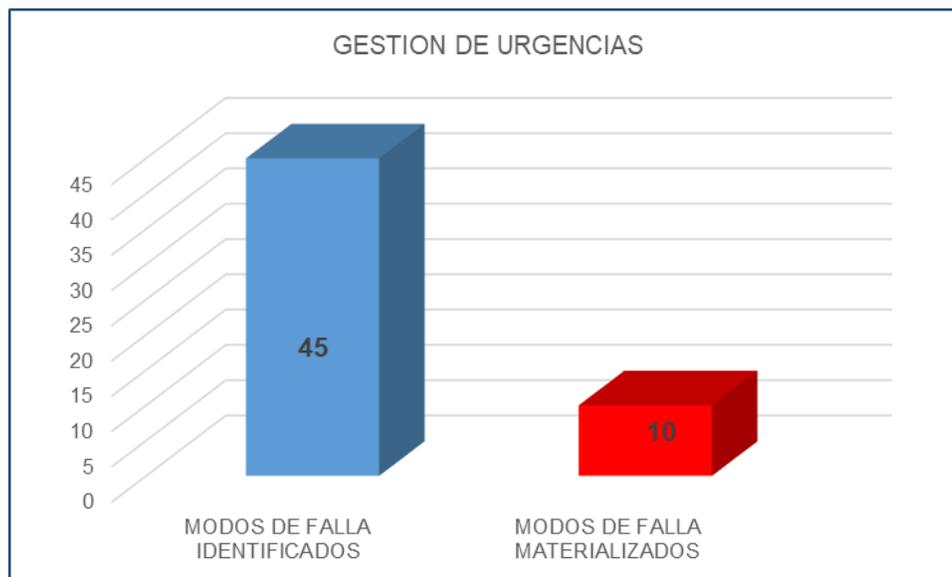
- | |
|--|
| 1. <i>Inadecuado plan del tratamiento</i> |
| 2. <i>No cumplimiento con las normas de bioseguridad</i> |
| 3. <i>Inadecuado plan del tratamiento</i> |

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

MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

Modos de falla identificados: 45
 Modos de falla materializados: 10

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



DESCRIPCION DE MODOS DE FALLA MATERIALIZADOS

1. <i>Inadecuada clasificación triage</i>
2. <i>Inadecuada toma de signos vitales y medidas antropométricas</i>
3. <i>Inadecuado plan del tratamiento</i>
4. <i>Diligenciamiento inadecuada de historia clínica</i>
5. <i>No cumplimiento con las normas de bioseguridad</i>
6. <i>Riesgo de caída</i>
7. <i>No diligenciar consentimiento informado de manera adecuada</i>
8. <i>Fuga de paciente</i>
9. <i>Deficiente información entre el equipo de salud</i>
10. <i>No identificación de riesgos</i>

HALLAZGOS

1. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "Inadecuada clasificación triage" de acuerdo a la información de las auditorías concurrentes, realizadas por los médicos auditores a 3 IPS (Hospital Local Civil, Centro de Salud San Vicente y Centro Hospital La Rosa) verificando lo siguiente:

En la auditoría del 13 al 24 de enero de 2020, se reporta que 16 de los 36 registros de TRIAGE es decir el 44%, fueron clasificados de manera errónea, según protocolo de TRIAGE.

En la auditoría realizada del 27 de enero al 7 de febrero de 2020, se reporta que 30 de los 102 registros de TRIAGE es decir el 31%, fueron clasificados de manera errónea, según protocolo de TRIAGE. De los 30 registros clasificados de manera errónea, 21 es decir el 70%, corresponden a clasificados como TRIAGE III.

En la auditoría realizada del 10 al 21 de febrero de 2020, se reporta que 24 de los 79 registros de TRIAGE es decir el 30.3%, fueron clasificados de manera errónea, por personal encargado de

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

TRIAGE según protocolo. De los 24 registros, 12 que representan el 46%, corresponden a una clasificación de TRIAGE III e igualmente TRIAGE IV, es decir el 92% están entre Triage III y IV.

En la auditoría realizada del 22 de febrero al 18 de Marzo de 2020, se reporta que en 70 de los 247 registros de TRIAGE auditados, es decir el 28%, fueron clasificados erróneamente.

En la auditoría realizada del 23 de marzo al 1 de abril de 2020, se reporta que en 6 de las 38 atenciones de TRIAGE auditadas, es decir el 16%, fueron clasificadas erróneamente, 2 en cada una de las IPS auditadas.

En la auditoría realizada del 6 de abril al 17 de abril de 2020, se reporta que en 15 de las 69 atenciones de TRIAGE auditadas, es decir el 22%, fueron clasificadas erróneamente.

En la auditoría realizada del 4 a 29 de mayo de 2020, se reporta que en 20 de los 102 registros de TRIAGE auditados, es decir el 19,6%, fueron clasificados erróneamente.

2. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "Inadecuada toma de signos vitales y medidas antropométricas", toda vez que se presenta un evento adverso, relacionado con deterioro clínico por no toma y registro de signos vitales.

3. Se evidencia la materialización del modo de falla "Inadecuado plan del tratamiento", de acuerdo al informe de auditorías a historias clínicas al proceso gestión urgencias:

Resultado primer trimestre de 2020

Oportunidades de mejora ADHERENCIA

En 8 de las 29 historias clínicas auditadas, no se registra la impresión diagnóstica con código CIE 10 diferente a R, como es el caso del dolor abdominal.

En 8 de las 29 historias clínicas auditadas, no se evidencia pertinencia en la formulación de medicamentos especialmente en las patologías de dolor abdominal y rinoфарингитis.

En 8 de las 29 historias clínicas auditadas, no se realiza gestión de los riesgos identificados.

Resultado segundo trimestre de 2020

Oportunidades de mejora ADHERENCIA

En 8 de las 25 historias clínicas auditadas, no se evidencia Adherencia terapéutica (nombre, dosis, frecuencia, duración)

En 8 de las 25 historias clínicas auditadas, no se evidencia el registro de recomendaciones no farmacológicas relacionadas con la patología.

En 6 de las 25 historias clínicas auditadas, no se realiza gestión de los riesgos identificados.

En la auditoría realizada del 22 de febrero al 18 de Marzo de 2020, por los médicos auditores concurrentes a 3 IPS (Hospital Local Civil, Centro de salud San Vicente y Centro Hospital La Rosa), se reporta que en los 38 seguimientos a pacientes realizados, en 5 de ellos no se cumplió con el tiempo en el inicio del tratamiento médico (13%).

4. Se evidencia la materialización del modo de falla "Diligenciamiento inadecuada de historia clínica", de acuerdo al informe de auditorías a historias clínicas al proceso gestión urgencias:

Resultado primer trimestre de 2020:

Oportunidades de mejora DILIGENCIAMIENTO

En 14 de las 29 historias clínicas auditadas, no se evidencia registro completo de la revisión por sistemas.

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

En 10 de las 29 historias clínicas auditadas, no se identifican los riesgos del paciente en la atención de urgencias.

En 10 de las 29 historias clínicas auditadas, no se realiza un examen físico completo de acuerdo con el órgano afecto.

Segundo trimestre de 2020:

Oportunidades de mejora DILIGENCIAMIENTO

En 14 de las 30 historias clínicas auditadas, no se evidencia registro completo de los datos de identificación.

En 14 de las 30 historias clínicas auditadas, se realiza un inadecuado diligenciamiento de la historia clínica.

En 12 de las 30 historias clínicas auditadas, no se evidencia registro completo en la revisión por sistemas (Solo órgano afecto).

En 12 de las 30 historias clínicas auditadas, no se registra la identificación de riesgos del paciente en la atención de urgencias.

5. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "No cumplimiento con las normas de bioseguridad" de acuerdo a las observaciones contenidas en el informe de inspecciones de seguridad y salud en el trabajo 2020 y a la información obtenida del informe de auditoría realizada del 6 de abril al 17 de abril de 2020, por los médicos auditores concurrentes a las 3 IPS (Hospital Local Civil, Centro de Salud San Vicente y Centro Hospital La Rosa), donde se reporta que de las 21 atenciones auditadas, en 19 de ellas se evidenció utilización de EPP por el personal de TRIAGE, las dos atenciones donde no hubo utilización de EPP, fueron en la primera semana auditada en el Hospital Local Civil.

6. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "Riesgo de caída" Según datos reportados en plataforma Infomedic, se presentó 1 caída en el mes de enero en la prestación de servicio de urgencias del hospital local civil.

7. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "No diligenciar consentimiento informado de manera adecuada" de acuerdo al reporte de medición de indicadores en plataforma Infomedic.

Calidad del registro de consentimiento informado en urgencias primer semestre de 2020

Meta: 90%

Marzo: 89.47%

Junio: 66.67%

No se evidencia cumplimiento de la meta programada.

8. Se evidencia materialización del modo de falla relacionado con " fuga del paciente" Se verifica medición de eventos clínicos resultados verificados en plataforma infomedic, obteniendo los siguientes resultados:

Proporción de eventos adversos y/o incidentes reportados por fuga en el servicio de urgencias vigencia 2020:

Febrero: Se presentaron 5 eventos clínicos clasificados como incidentes.

Mayo: Se presentaron 1 reporte de eventos clínico clasificado como incidente.

Junio: Se presentaron 2 reportes de eventos clínicos clasificados como incidentes.

9. Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con " Deficiente información entre el equipo de salud" toda vez que se presenta un evento adverso moderado referente a ruptura

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

timpánica por lavado de oído por el no despliegue de barreras de seguridad donde se daba prerrogativas al talento humano responsable de estos procedimientos.

10. Se evidencia la materialización del modo de falla "No identificación de riesgos", verificando que no existe una cultura proactiva de acuerdo al informe de auditorías a historias clínicas al proceso gestión urgencias e informes de rondas de seguridad y auditorías concurrentes:

Resultado primer trimestre de 2020:

Oportunidades de mejora DILIGENCIAMIENTO

En 10 de las 29 historias clínicas auditadas, no se identifican los riesgos del paciente en la atención de urgencias.

Resultado segundo trimestre de 2020:

Oportunidades de mejora DILIGENCIAMIENTO

En 12 de las 30 historias clínicas auditadas, no se registra la identificación de riesgos del paciente en la atención de urgencias.

De acuerdo a los informes de rondas de seguridad del primer trimestre de 2020, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con el conocimiento de los riesgos del proceso, mostrando un porcentaje de cumplimiento del 69%,

Red norte: 71%, Red Sur: 67%, Red oriente: 54%, Red Occidente: 80%,

De acuerdo al informe de auditoría concurrente realizada a los servicios de urgencias y hospitalización de las 3 IPS (Hospital Local Civil, Centro de salud San Vicente y Centro Hospital La Rosa), auditoría realizada del 27 de enero al 7 de febrero de 2020, por los médicos auditores, se evidencio lo siguiente:

En 2 de los 12 seguimientos realizados a pacientes, no se identificó adecuadamente el riesgo de caídas, como se establece en el protocolo, 1 en Hospital Local Civil y 1 en Centro Hospital La Rosa.

En 2 de los 12 seguimientos realizados a pacientes, no se gestionó riesgo de caída, teniendo en cuenta protocolo. Los dos correspondientes a Hospital Local Civil, 1 de ellos porque se encontró a usuario con barandas de camilla abajo y otro por que no se registró cambios en el formato físico.

RECOMENDACIONES POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Es importante actualizar la matriz AMFE, establecer un ítem para documentar barreras de control existentes y barreras de control como acción de tratamiento o mejoramiento, así facilitara el resultado de seguimiento a barreras.

Es necesario establecer en que modos de falla se documentan barreras de control o tratamiento puesto que algunos procesos las documentaron a la totalidad de riesgos y otros únicamente a los riesgos priorizados (altos).

Con los resultados del segundo seguimiento a matriz AMFE de acuerdo al cumplimiento de barreras de control, es importante reevaluar los NPR (Numero de prioridad del riesgo), y actualizar la matriz.

Es necesario vincular a la oficina de control interno en los comités de seguridad del paciente para obtener información útil para seguimiento a materialización de riesgos misionales.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E <small>NIT. 900091143-9</small>	COMUNICACIONES OFICIALES			
	VERSIÓN	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	GSI-CO	058
OFICINA DE CONTROL INTERNO				

Realizar los planes de mejoramiento a los hallazgos encontrados en cada uno de los procesos.

JAIME ALBERTO SANTACRUZ
Jefe Oficina Control Interno

Proyecto,
Deysy Maribel Lasso Cárdenas- Contratista.