

TIPO DE RIESGOS		Compromiso		VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES		VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:		2020		SEGUIMIENTO No.		FECHA DE SEGUIMIENTO:		2020					
PROCESO	RIESGO	ANALISIS DE CAUSAS	EFFECTOS	VALORACION DEL RIESGO ANTES DE CONTROLES	VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION	MEDIO DE EVIDENCIA	La acción del	SEGUIMIENTO	Evidencias del cumplimiento de las acciones	Ponderación de cumplimiento de la acción	SEGUIMIENTO				
				ALTA	MODERADA	BAJA			INICIO	FINAL	SI	NO	SI	NO	SI				
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	Prontad en la asignación de citas sin pertenecer al grupo de población especial.	Debido a: Amiguismo, Dadnas, Familiarismo, Compañerismo, Trato de influencias.	Afectación en los procesos de acceso a los servicios de salud, Vulneración a los derechos de los pacientes, Derechos clínicos, Pérdida de imagen institucional.	Pasible 3	15 MODERADA	1. Aplicación de instructivo atención al usuario. 2. Aplicación del procedimiento de asignación de citas. 3. Análisis de PQRSF.	1. Realizar 3. Mantener	1. Realizar 3. Mantener	NA		x		Control 1. Aplicación de instructivo atención al usuario. Se encuentra estandarizado y se da aplicabilidad al proceso PR-GOU Gestión y Orientación al Usuario, con la finalidad de garantizar el acceso a los usuarios y su familia al portafolio de servicios, así como la administración de sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y determinación del nivel de satisfacción. Se encuentra aprobado y se da aplicabilidad al procedimiento GOU-PD-28 Administración de satisfacción de Usuarios, con la finalidad de evaluar el nivel de satisfacción del Usuario y su familia sobre la prestación del servicio de Pasto Salud ESE. Se encuentra aprobado y se da aplicabilidad al procedimiento GOU-PD-27 Asignación de citas, con la finalidad de garantizar al usuario y su familia el acceso al portafolio de servicios a través de la consecución de las citas de acuerdo con la conveniencia del usuario. Control 2. Aplicación del procedimiento de asignación de citas. Se encuentra el documento, aprobado y publicado en el servidor documental en la página web institucional (http://pastosaludese.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=315) los procesos y procedimientos de la entidad. Se encuentra aprobado y se da aplicabilidad al procedimiento GOU-PD-27 asignación de citas con la finalidad de garantizar al usuario y su familia el acceso al portafolio de servicios a través de la consecución de las citas de acuerdo con la conveniencia del usuario, de forma oportuna, continua y amable. Se cuenta con el aplicativo para agendamiento de cita y chat web aquí los ciudadanos tienen la opción de programar sus citas médicas a través de chat virtual, se encuentra publicado en el siguiente link en la página Control 3. Análisis de PQRSF. Se encuentra documentado, aprobado y se da aplicabilidad al procedimiento GOU-PD Administración de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones con la finalidad de establecer los mecanismos de respuesta a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones formuladas a través de diferentes medios por la comunidad usuaria de Pasto Salud ESE. No se evidencia registro de PQRSF por motivo de prioridad en la asignación de citas sin pertenecer al grupo de población especial. Se realizó el consolidado de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones En el I trimestre del año 2020 se atendieron 123.500 usuarios en la Red de prestadores que conforman Pasto Salud ESE, de los cuales el 0.1% (169) presentaron PQRS. En el II Trimestre del año 2020 se atendieron 45.448 usuarios en la Red de prestadores que conforman Pasto Salud ESE, de los cuales el 0.04% (17) presentaron PQRSF. En el trimestre NO se presentaron Peticiones por parte de los usuarios. En el III Trimestre del año 2020, correspondientes al mes de julio, agosto y septiembre se atendieron 105.000 usuarios en la Red de prestadores que conforman Pasto Salud ESE, de los cuales el 0.2% (212 usuarios) presentaron Los informes de PQRSF se encuentran publicados en la página oficial de Pasto Salud E.S.E. y se puede realizar mediante http://www.pastosaludese.gov.co/images/stau/2020/informes/stau/INFORME%20TERCER%20TRIMESTR	x	NA	NA	X	NA	NA
	Cobrar salones por servicios prestados que no requieren cobro.	Debido a: Interés particular, Cohecho, Falta de ética profesional	Vulneración a los derechos de los pacientes, Inicio procesos de responsabilidad sobre los funcionarios implicados, Pérdida de credibilidad por parte de las EAPS.	Pasible 5	07 MODERADA	1. Informe semanal de errores de facturación realizado por el área de sistemas de información a los cajeros principales estadísticos y dependencia de facturación. 2. Recaudo de efectivo de particulares a través de acuerdo a un cronograma establecido	1. Realizar 5. Controlar 20. Mantener	1. Realizar 5. Controlar 20. Mantener	NA		x		Control 1. Informe semanal de errores de facturación realizado por el área de sistemas de información a los cajeros principales estadísticos y dependencia de facturación. Se realiza una validación de la calidad del dato en el sistema de información SIOS de manera semanal y se reporta a las 4 redes al personal de bancos estadísticos y áreas principales con el fin de que se hagan las respectivas correcciones y se realice al personal asistencial Se realiza revisión de información aleatoria correspondiente a el día 1 a 17 de agosto de 2020 por cada red donde se verifica diferentes errores de facturación. Información sobre la facturación generada hasta la segunda semana de Octubre (1 a 18 de Octubre), en la que se puede observar algunas inconsistencias. Es muy difícil tener cero error en la facturación y se generan por presión del público, error de digitación, y hasta la misma distracción del cajero. Estos errores se deben ir modificando antes del cierre del periodo que es cuando se cierra el módulo de facturación. Si no hay corrección, no se puede cerrar el sistema porque por ejemplo en el tema de RIPS no se podría subir a plataformas para radicar, igualmente no pueden quedar servicios pendientes por facturar sino los que están en observación, se debe revisar doble facturación, y se hace seguimiento a las causas de anulación para corregir errores y que las cantidades vayan disminuyendo con mira a la implementación de la facturación electrónica. No se identifica hallazgos relacionados con el cobro de salones por servicios prestados que no requieren cobro.	x	NA	NA	X	NA	NA
	Apropiación de recursos correspondientes a la prestación de servicios de salud sin registrar en la factura	Debido a: Interés particular, Falta de ética profesional, Cohecho	Afectación de la imagen institucional, Deterioro patrimonial.	Pasible 6	07 MODERADA	1. Cierres de caja diario 2. Recaudo de efectivo de particulares a través de acuerdo a un cronograma establecido	1. Realizar 6. Controlar 20. Mantener	1. Realizar 6. Controlar 20. Mantener	NA		x		Control 1. Cierres de caja diario Mensualmente se realiza informe de ingresos donde se identifica todos los recursos consignados en las cuentas de la Entidad identificando la procedencia y el concepto de los mismos. Se da aplicabilidad al procedimiento de ingresos con la finalidad de garantizar que todos los Egresos de la Empresa, se vean reflejados en las cuentas contables respectivas, se inicia con la identificación de las fuentes de ingresos, ingreso a la banca electrónica, se realiza el registro en el sistema las consignaciones por recursos en efectivo por venta de servicios de salud a particulares, se identifican los ingresos consolidado por conceptos: Empresas, riesgos y procedimientos, se registra en SIOS los movimientos por ingresos, se verifica en cierre de caja, se proyecta el flujo de caja, con los recursos en el banco se verifica los compromisos de la ESE y se prioriza los pagos para funcionamiento, servicios, impuestos, obligaciones bancarias, proveedores permanentes, se cobra la cartera, se programan aranceos de caja. No se identifica hallazgos relacionados con la apropiación de recursos correspondientes a la prestación de Control 2. Recaudo de efectivo de particulares a través de acuerdo a un cronograma establecido El recaudo a particulares, se realiza a través de acuerdo a un cronograma establecido por la Entidad. Se da aplicabilidad al procedimiento de auditoría previa a la presentación de cuentas de cobro con la finalidad de disminuir el porcentaje de glosas administrativas a través de la verificación de requisitos necesarios previos a la presentación de cuentas, el procedimiento inicia con la definición del talento humano y alcance de la auditoría, se solicitan las facturas, se revisan las facturas, se consolida la información, se revisa el informe, se lo omite si es necesario, se consolidan los informes y se archiva la información. Se da aplicabilidad al procedimiento facturación de servicios de salud, con la finalidad de garantizar la facturación de la totalidad de los servicios de salud, el procedimiento inicia con la verificación de los requisitos de la atención, se carga al usuario la totalidad de la atención, se verifica requisitos para la facturación verificando el estado de afiliación, se factura los servicios prestados, de la misma manera se factura los servicios a particulares por ENT, se entrega las facturas para auditoría previa, se consolidan las cuentas, se remiten informes de facturación, facturas y soportes al procedimiento de consolidación y radicación de cuentas de salud, se radica cuentas por cobrar en la aseguradora correspondiente, se identifica en las devoluciones de facturas que llegan a la auditoría de cuentas las necesidades de reemplazo de las mismas, se remite a las direcciones operativas de red las facturas a reemplazar, se realiza el reemplazo correspondiente de cada factura, se informa sobre los reemplazos de facturas, se verifica la totalidad de las facturas reemplazadas, se consolida dentro de la cuenta del mes el reemplazo de facturas, se realiza los ajustes de cuentas contables correspondientes, se realiza los ajustes de los	x	NA	NA	X	NA	NA

VERSION		6.0		SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS PROCESO/SERVICIO GESTION DE CONTROL		CODIGO		NLM												
TIPO DE RIESGOS		Compromiso		VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES		VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:		2020		SEGUIMIENTO No.		FECHA DE SEGUIMIENTO:		26		12		2020		
PROCESO	RIESGO	ANALISIS DE CAUSAS	EFFECTOS	VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES	CONTROLES	OPCIONES DE MONITEO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION	MECISMO DE EVALUACION	La acción del	SEGUIMIENTO	Evidencias del cumplimiento de las acciones	Posterior a	El	Se evidencian	Se evidencia	Recomendaciones por la D2 OMS de Control Interno		
									INICIO	FINAL	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
PROCESOS MISIONALES	Redirección a usuarios de Pasto Salud ESE a otras IPS Públicas y privadas que requieren servicios del mismo nivel de complejidad.	Debido a: Interés particular. Falta de ética profesional. Pérdida de ingresos y afectación del presupuesto. Procesos disciplinarios a funcionarios involucrados. Eventos sobrenos por oportunidad en la atención.	Pérdida de fidelidad del usuario. Pérdida de ingresos y afectación del presupuesto. Procesos disciplinarios a funcionarios involucrados. Eventos sobrenos por oportunidad en la atención.	5 4 3 2 1 0 -1 -2 -3 -4 -5	1 Auditoría a la adherencia al protocolo al triaje. 2 Medición de la oportunidad de atención de acuerdo a la clasificación de triaje. 3 Auditoría concurrente.	3 2 1 0 -1 -2 -3 -4 -5	Asumir	NA			x		Control 1. Auditoría a la adherencia al protocolo al triaje. Se evidencia una inadecuada clasificación triaje de acuerdo a la información de las auditorías concurrentes, realizados 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 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 Triaje 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. Control 2. Medición de la oportunidad de atención de acuerdo a la clasificación de triaje Los resultados de la medición de la oportunidad de atención de acuerdo a la clasificación de triaje: Primer trimestre de 2020 Triaje I 55.77 minutos (menor de registro) Triaje II 25.31 minutos (30 minutos) Triaje III 42.88 minutos (30 minutos) Control 3. Auditoría concurrente. Se realizan auditorías concurrentes de manera periódica, los resultados se encuentran en la oficina del grupo de auditoría social en cumplimiento de ley.	x	NA	x	NA	NA	NA	Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos
	Sustracción de elementos, dispositivos médicos e insumos y medicamentos	Debido a: Interés particular. Falta de ética profesional. Recibo. Patrimonio	Demanda económica Sanciones. Pérdida de patrimonio	3 2 1 0 -1 -2 -3 -4 -5	1 Aplicación del procedimiento de recepción almacenamiento y control de inventarios 2 Guía de recepción almacenamiento, distribución custodia y disposición final de bienes 3 Ingreso de las compras al sistema SIOS módulo de inventarios 4 Realización de inventarios	1 2 3 4 5	Asumir	NA			x		Control 1. Aplicación del procedimiento de recepción almacenamiento y control de inventarios Se da aplicabilidad al procedimiento GSF-PD-44 Recepción almacenamiento y control de inventarios de medicamentos y dispositivos médicos, cuidando y conservando las especificaciones técnicas con las que fueron fabricadas y realizando el control periódico de los inventarios de estos productos. Se realiza cada mes el conteo físico de medicamentos y dispositivos médicos y se confronta las existencias de cada uno de estos productos con las que se reporta en el sistema de información SIOS, módulo de inventarios. Para aquellos productos que no haya concurrencia entre las existencias físicas y las del sistema de información, se realiza un nuevo conteo, de continuar la diferencia, se revisan los movimientos y la verificación de que todos los movimientos de productos se encuentran registrados en el sistema de información, de continuar la diferencia proceder a realizar los ajustes, ingreso a inventario de los productos sobrantes por ajuste de inventario y facturación y pago de los productos faltantes. Se realiza el acta de inventario y se envía vía correo electrónico a profesional universitario del servicio farmacéutico con los ajustes realizados. Se realiza seguimiento a los resultados de la Control 2. Guía de recepción almacenamiento, distribución custodia y disposición final de bienes El protocolo, se encuentra aprobado mediante resolución 140 del 19 de abril de 2018 con el fin de garantizar la ejecución de los procedimientos de recepción, almacenamiento, control, custodia y disposición final de Bienes e insumos de la Empresa Social del Estado, PASTO SALUD ESE. Control 3. Ingreso de las compras al sistema SIOS módulo de inventarios. Los medicamentos y dispositivos son registrados en el sistema de información SIOS, módulo de inventarios. Control 4. Realización de inventarios Cada año se realiza inventario general, se realizan conciliaciones de manera permanente, elementos de inventario (Inventario físico) y se elabora el acta de conciliación de inventarios de acuerdo a ley.	x	NA	x	NA	NA	Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos	
	Expedición de formulas fraudulentas de medicamentos	Debido a: Trafico de influencias. Interés particular (personal de salud farmacodependencia). Falta de ética profesional.	Pérdida económica Sanciones. Pérdida de imagen	3 2 1 0 -1 -2 -3 -4 -5	1 Aplicación del protocolo para medicamentos de control especial. Control 1. Aplicación del protocolo para medicamentos de control especial. Se da aplicabilidad al protocolo para medicamentos de control especial, el protocolo se encuentra publicado en el servidor documental de la Empresa. No se evidencia hallazgo relacionado con la expedición de formulas fraudulentas de medicamentos.	1 2 3 4 5	Asumir	NA				x		Control 1. Despliegue del Código de Integridad a funcionarios de la ESE Pasto Salud. Se realizó despliegue virtual del código de integridad, se convocó a 521 funcionarios de la Empresa de los cuales 478 participaron, lo cual equivale a un porcentaje 92% de cobertura. Se realiza evaluación de conocimientos del Código de Integridad con un resultado igual o superior a 3.5 de calificación de 438 funcionarios de los 478 participantes.	x	NA	x	NA	NA	Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos
Expedición de ordenes fraudulentas de incapacidades	Debido a: Trafico de influencias. Interés particular. Falta de ética profesional.	Pérdida económica Sanciones. Pérdida de imagen	3 2 1 0 -1 -2 -3 -4 -5	SIN CONTROL	3 2 1 0 -1 -2 -3 -4 -5	Asumir	NA	1/06/2020	1/12/2020	(No. De despliegues realizados/No. de despliegues programados) * 100	x	NA	Control 1. Despliegue del Código de Integridad a funcionarios de la ESE Pasto Salud. Se realizó despliegue virtual del código de integridad, se convocó a 521 funcionarios de la Empresa de los cuales 478 participaron, lo cual equivale a un porcentaje 92% de cobertura. Se realiza evaluación de conocimientos del Código de Integridad con un resultado igual o superior a 3.5 de calificación de 438 funcionarios de los 478 participantes.	x	50%	x	NA	NA	Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos	
Volación de confidencialidad de la historia clínica y estado clínico del usuario.	Debido a: Trafico de influencias. Compañerismo. Falta de ética profesional. Cohecho.	Demanda económica Sanciones. Pérdida de patrimonio	3 2 1 0 -1 -2 -3 -4 -5	1 Aplicación del manual de historias clínicas. 2 Tramite para el préstamo de historia clínica.	1 2 3 4 5	Asumir	NA				x		Control 1. Aplicación del manual de historias clínicas. En Manual de Historia clínica esta el trámite de solicitud de Historia clínica (Subido en plataforma SUIT), donde describe los requisitos en cumplimiento a la norma. Se evidencia 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. En 10 de las 29 historias clínicas auditadas, no se identifican los riesgos al 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. Se ha realizado auditoría a registros clínicos de acuerdo al programa anual de auditoría, evaluando calidad en el diligenciamiento, seguridad y adherencia, no se identifican hallazgos relacionados con la 'volación de confidencialidad de la historia clínica y estado clínico del usuario'. Se evidencia 'Baja calidad del registro de la historia clínica' de acuerdo a los resultados de auditoría a registros clínicos en el proceso Gestión ambulatoria: Control 2. Tramite para el préstamo de historia clínica. En Manual de Historia clínica esta el trámite de solicitud de Historia clínica (Subido en plataforma SUIT), donde describe los requisitos en cumplimiento a la norma. Trámites realizados en la red del primer trimestre de 2020: Red Norte total trimestre gestionadas 238 Red Oriente total trimestre gestionadas 95 Red Sur total trimestre gestionadas 141 Red Occidente total trimestre gestionadas 19	x	NA	x	NA	NA	Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos	

TIPO DE RIESGOS:		Categorización		VALORACIÓN DEL RIESGO DESPUÉS DE CONTROLES		VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:		TRATAMIENTO		2020		SEGUIMIENTO No.		FECHA DE SEGUIMIENTO:		20		12		2020							
PROCESO	RIESGO	ANÁLISIS DE CAUSAS	EFFECTOS	VALORACIÓN DEL RIESGO DESPUÉS DE CONTROLES	VALORACIÓN DEL RIESGO DESPUÉS DE CONTROLES	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	MEDIO DE EVIDENCIA	La acción es:	SEGUIMIENTO	Evidencias del cumplimiento de las acciones	Porcentaje de cumplimiento de la acción	SI	NO	SE han observado anomalías, POIDS o acciones para implementar para el 2020	SE han observado anomalías, POIDS o acciones para implementar para el 2020	RECOMENDACIONES por la D2020 de Control Interno							
				ALTA	ALTA	ALTA			INICIO	FINAL		SI	NO														
							1. Control de acceso al data center mediante bitácora de registro de ingreso y cámara de seguridad.	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e Ingenieros de Sistemas	Junio	Agosto	Bitácora de registro, DVR vigilancia.			Control 5. Control de acceso al data center mediante bitácora de registro de ingreso y cámara de seguridad. Implementación de control de acceso físico al Data Center Implementación de Cámaras de seguridad para las IPS y el data center de la sede administrativa. 1. Bitácora (registro de acceso al data center) 2. Data center con clave de acceso 3. Estudio Previo de contratación de Cámaras y CDP.	Acción 5. Implementar Clave de acceso al data center y registro de bitácoras de acceso al data center y seguimiento a video vigilancia. 1. Para el data center se aplica un control como lo es la bitácora de seguridad así como también se instala un cámara intera para monitorear las acciones que se puedan presentar cuando alguien interno o externo ingresa al datacenter. 2. Se senauna clave de acceso al datacenter la cual es de conocimiento del personal de la Oficina asesora de Comunicaciones y sistemas, protegiendo el acceso físico de cualquier persona. 3. Se realiza un estudio para la implementación de ca.aras de seguridad en las IPS y se logra hacer la instalación en La sede administrativa, Hospital la Rosa, Tamayuga, Lorenza, el												
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	Obstaculizo en el flujo de sistema informático o red de telecomunicación, con el objetivo de Adulterar, modificar, sustituir o eliminar datos o información sensible, confidencial, crítica en beneficio propio o de terceros	Debido a: Interes particular Beneficio a terceros Trafico de influencias	Perdidas económicas Pérdida de Recursos tecnológicos Sanciones legales	ALTA	ALTA	ALTA	1. Seguridad perimetral a través de hardware.	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e Ingenieros de Sistemas	Marzo	Abril	Verificación en el equipo de la UTM del data Center.			Acción 1. Implementar y monitorear las políticas de seguridad perimetral en la UTM Se tiene implementado un dispositivo Hardware para ayudar en la protección perimetral de acceso a la red de datos. En la UTM Fortinet, donde se tienen configuradas todas las políticas de acceso y filtros para seguridad externa, ya sea a un servidor o equipos de la empresa así como también accesos a internet. Evidencia: Indicadores de Control de Seguridad: http://201.182.250.7:8081/MIPIS/Indicadores/Procesos.php	Acción 1. Implementar y monitorear las políticas de seguridad perimetral en la UTM Se tiene implementado un dispositivo Hardware para ayudar en la protección perimetral de acceso a la red de datos. En la UTM Fortinet, donde se tienen configuradas todas las políticas de acceso y filtros para seguridad externa, ya sea a un servidor o equipos de la empresa así como también accesos a internet. Evidencia: Indicadores de Control de Seguridad: http://201.182.250.7:8081/MIPIS/Indicadores/Procesos.php							Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos					
							2. Seguridad a nivel de red local de datos, nivel de seguridad del directorio activo, y nivel de seguridad a nivel de seguridad de Base de datos, nivel de seguridad a nivel de aplicaciones.	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e Ingenieros de Sistemas	Marzo	Junio	Directorio Activo, Antivirus, Sys Server, Sistemas de Información, Data Center y Bitácora	Acción 2. Implementar y monitorear: Política de contraseñas a nivel de directorio activo para autenticación en la red de datos Implementar políticas a nivel de Equipos de Computo, de Software, dispositivos externos, aplicaciones, panel de control del sistema operativo, vigencia de contraseñas. Implementar Clave de acceso a los sistemas de información. Implementar Clave de acceso al data center y bitácoras de acceso y registro	Acción 2. Implementar y monitorear: Política de contraseñas a nivel de directorio activo para autenticación en la red de datos Implementar políticas a nivel de Equipos de Computo, de Software, dispositivos externos, aplicaciones, panel de control del sistema operativo, vigencia de contraseñas. Implementar Clave de acceso a los sistemas de información. Implementar Clave de acceso al data center y bitácoras de acceso y registro														
							3. Socialización de la política de seguridad y privacidad de la información al personal de la Empresa.	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e Ingenieros de Sistemas	Abril	Octubre	Registro de capacitación virtual y presencial cuando aplique, Planes Gráficas	Acción 3. Capacitación y eventos realizados en la empresa para fomentar el uso de las buenas prácticas de seguridad y privacidad de la información. Informe del resultado de la quinta jornada de capacitaciones	Acción 3. Capacitación y eventos realizados en la empresa para fomentar el uso de las buenas prácticas de seguridad y privacidad de la información. Informe del resultado de la quinta jornada de capacitaciones														
							4. Socialización de la ley 1273 de delitos informáticos	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e Ingenieros de Sistemas	Junio	Junio	Registro de capacitación virtual y presencial cuando aplique, Planes Gráficas como ayudas	Acción 4. Capacitación y eventos realizados para concientizar al personal de los delitos informáticos que establece la ley 1273. La ley 1273 hace referencia a los delitos informáticos, y forma parte de la socialización de la política de seguridad de la información, las acciones van encaminadas a la toma de conciencia de los empleados públicos y ciudadanos en general para que conozcan cuales son los alcances y prevenir que se puedan estar cometiendo este tipo de delitos. Para ellos igualmente Pasto Salud tomó acciones y se inscribió ante la página de la Policía Nacional. Correo: ponal.cant@policia.gov.ec 1192.168.10.208/Gestion de la información/Planes Operativos Anuales/Poa Seguridad de la Información/1.7 Socialización Política de Seguridad	Acción 4. Capacitación y eventos realizados para concientizar al personal de los delitos informáticos que establece la ley 1273. La ley 1273 hace referencia a los delitos informáticos, y forma parte de la socialización de la política de seguridad de la información, las acciones van encaminadas a la toma de conciencia de los empleados públicos y ciudadanos en general para que conozcan cuales son los alcances y prevenir que se puedan estar cometiendo este tipo de delitos. Para ellos igualmente Pasto Salud tomó acciones y se inscribió ante la página de la Policía Nacional. Correo: ponal.cant@policia.gov.ec 1192.168.10.208/Gestion de la información/Planes Operativos Anuales/Poa Seguridad de la Información/1.7 Socialización Política de Seguridad														
							5. Control de acceso al data center mediante bitácora de registro de ingreso y cámara de seguridad.	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e Ingenieros de Sistemas	Junio	Agosto	Bitácora de registro, DVR vigilancia.	Acción 5. Implementar Clave de acceso al data center y registro de bitácoras de acceso al data center y seguimiento a video vigilancia. 1. Para el data center se aplica un control como lo es la bitácora de seguridad así como también se instala un cámara intera para monitorear las acciones que se puedan presentar cuando alguien interno o externo ingresa al datacenter. 2. Se senauna clave de acceso al datacenter la cual es de conocimiento del personal de la Oficina asesora de Comunicaciones y sistemas, protegiendo el acceso físico de cualquier persona. 3. Se realiza un estudio para la implementación de ca.aras de seguridad en las IPS y se logra hacer la instalación en La sede administrativa, Hospital la Rosa, Tamayuga, Lorenza, el	Acción 5. Implementar Clave de acceso al data center y registro de bitácoras de acceso al data center y seguimiento a video vigilancia. 1. Para el data center se aplica un control como lo es la bitácora de seguridad así como también se instala un cámara intera para monitorear las acciones que se puedan presentar cuando alguien interno o externo ingresa al datacenter. 2. Se senauna clave de acceso al datacenter la cual es de conocimiento del personal de la Oficina asesora de Comunicaciones y sistemas, protegiendo el acceso físico de cualquier persona. 3. Se realiza un estudio para la implementación de ca.aras de seguridad en las IPS y se logra hacer la instalación en La sede administrativa, Hospital la Rosa, Tamayuga, Lorenza, el														
	Acceder sin autorización para la liberación de información confidencial y uso indebido de la información	Debido a: Falta de ética por parte del personal Presión por un grupo o persona en particular Interes particular Beneficio a terceros Trafico de influencias.	Perdida de información Sanciones	ALTA	ALTA	ALTA	1. Seguridad perimetral a través de hardware.	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e Ingenieros de Sistemas	Marzo	Abril	Verificación en el equipo de la UTM del data Center.			Acción 1. Implementar y monitorear las políticas de seguridad perimetral en la UTM Se tiene implementado un dispositivo Hardware para ayudar en la protección perimetral de acceso a la red de datos. En la UTM Fortinet, donde se tienen configuradas todas las políticas de acceso y filtros para seguridad externa, ya sea a un servidor o equipos de la empresa así como también accesos a internet. Evidencia: Indicadores de Control de Seguridad: http://201.182.250.7:8081/MIPIS/Indicadores/Procesos.php	Acción 1. Implementar y monitorear las políticas de seguridad perimetral en la UTM Se tiene implementado un dispositivo Hardware para ayudar en la protección perimetral de acceso a la red de datos. En la UTM Fortinet, donde se tienen configuradas todas las políticas de acceso y filtros para seguridad externa, ya sea a un servidor o equipos de la empresa así como también accesos a internet. Evidencia: Indicadores de Control de Seguridad: http://201.182.250.7:8081/MIPIS/Indicadores/Procesos.php							Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos					

VERSION		6.0		SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS PROCESO/SERVICIO		GESTION DE CONTROL		CODIGO		NLM														
TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion		VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLAR		VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:		2020		FECHA DE SEGUIMIENTO:														
PROCESO	RIESGO	ANALISIS DE CAUSAS	EFFECTOS	VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLAR	CONTROLES	OPCIONES DE MONITOREO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION	METRO DE EVIDENCIA	La evidencia es:	SEGUIMIENTO	26	12	2020									
										Evidencias del cumplimiento de los controles														
										Las evidencias son:		Evidencias del cumplimiento de las acciones		Posteriormente se cumplimentó de la acción										
										SI		NO		SI										
										SI		NO		SI										
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION				4	2	ALTA	2. Implementar y monitorear: Política de contraseñas a nivel de directorio activo y nivel de seguridad de la red de datos. Política de contraseñas a nivel de directorio activo para autenticación en la red de datos. Implementar políticas a nivel de Equipos de Computo, de Software, dispositivos externos, aplicaciones, panel de control del sistema operativo, vigencia de contraseñas. Implementar perfiles de usuarios para acceso a las bases de datos de los servidores. Implementar Contraseñas de acceso a los sistemas de información. Implementar Clave de acceso al data center y bitácoras de acceso y registro.	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e y Sistemas y Profesionales Ingeniero de Sistemas	Marzo	Junio	Directorio Activo Antivirus, Soft Server, Sistemas de Información Data Center Bitácora	X	Acción 2 Implementar y monitorear: Política de contraseñas a nivel de directorio activo para autenticación en la red de datos. Implementar políticas a nivel de Equipos de Computo, de Software, dispositivos externos, aplicaciones, panel de control del sistema operativo, vigencia de contraseñas. Implementar Contraseñas de acceso a las bases de datos de los servidores. Implementar Clave de acceso al data center y bitácoras de acceso y registro. Se tiene en construcción el documento Controles para la seguridad y privacidad de la información, el cual contiene los objetivos implementados a nivel de hardware, software y acceso físico. Cada uno de los controles tiene un objetivo del control y se encuentran dentro de un dominio de seguridad establecido. Documento Controles para la seguridad y confiabilidad de la información. Políticas implementadas a Nivel de Directorio Activo red de datos. Políticas implementadas a nivel de Antivirus. Políticas implementadas a nivel de UTM/Forenet Política Implementada de Acceso Físico al Data Center. Registro de la Bitácora de acceso al data center. La evidencias deben verificarse en el software implementado más sin embargo se han tomado algunos pantallazos de lo que se tiene configurado.											
				4	3	ALTA	3. Socialización de la política de seguridad y privacidad de la información al personal de la Empresa.	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e y Sistemas y Profesionales Universitarios, Ingeniero de Sistemas	Abril	Octubre	Registro de capacitación virtual y presencial cuando aplique, Papeas Graficas	X	Acción 3 Capacitación y eventos realizados en la empresa para fomentar el uso de ellas buenas prácticas de seguridad y privacidad de la información. Informe del resultado de la quinta jornada de capacitaciones de la Entidad.											
				4	4	ALTA	4. Socialización de esta ley 1273 de delitos informáticos	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e y Sistemas y Profesionales Universitarios, Ingeniero de Sistemas	Junio	Junio	Registro de capacitación virtual y presencial cuando aplique, Papeas Graficas como ayudas	X	Acción 4 Capacitación y eventos realizados para concientizar al personal de los delitos informáticos que establece la ley 1273. La ley 1273 hace referencia a los delitos informáticos, y forma parte de la socialización de la política de seguridad de la información, las acciones se encaminadas a la toma de conciencia de los empleados públicos y ciudadano en general para que conozcan cuales son los alcances y prevenir que se puedan estar cometiendo este tipo de delitos. Para ello igualmente Pasto Salud tomó acciones y se inscribió ante la página de la Policía Nacional. Correo: ponac.csr@policia.gov.ec											
				4	1	ALTA	1. Control de acceso al data center mediante bitácora de registro e ingreso y cámara de seguridad.	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e y Sistemas y Profesionales Universitarios, Ingeniero de Sistemas	Junio	Agoosto	Bitácora de registro, DVR vigilantes.	X	Acción 5 Implementar Clave de acceso al data center y registro de bitácoras de acceso al data center y seguimiento a video vigilantes. 1. Para el data center se aplica un control como lo es la bitácora de seguridad así como también se instala una cámara intera para monitorear las acciones que se puedan presentar cuando alguien interno o externo ingresa al datacenter. 2. Se frena una clave de acceso al datacenter la cual es de conocimiento del personal de la Oficina asesora de Comunicaciones y sistemas, protegiendo el acceso físico de cualquier persona. 3. Se realiza un estudio para la implementación de cámaras de seguridad en las IPS y se logra hacer la instalación en la sede administrativa, Hospital la Rosa, Tamayuga, Lorenza, el Encano, Genoy.											
				4	2	ALTA	2. Implementar Clave de acceso al data center y registro de bitácoras de acceso al data center y seguimiento a video vigilantes.	Jefe Oficina Asesora de Comunicación e y Sistemas y Profesionales Universitarios, Ingeniero de Sistemas	Junio	Agoosto	Bitácora de registro, DVR vigilantes.	X	Acción 5 Implementar Clave de acceso al data center y registro de bitácoras de acceso al data center y seguimiento a video vigilantes. 1. Para el data center se aplica un control como lo es la bitácora de seguridad así como también se instala una cámara intera para monitorear las acciones que se puedan presentar cuando alguien interno o externo ingresa al datacenter. 2. Se frena una clave de acceso al datacenter la cual es de conocimiento del personal de la Oficina asesora de Comunicaciones y sistemas, protegiendo el acceso físico de cualquier persona. 3. Se realiza un estudio para la implementación de cámaras de seguridad en las IPS y se logra hacer la instalación en la sede administrativa, Hospital la Rosa, Tamayuga, Lorenza, el Encano, Genoy.											
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	Perdida en el préstamo de documentación n del archivo de gestión y central	Debido a interés particular. Beneficio a un tercero. Falta de ética profesional.	Perdida de información. Afectación en la operatividad de la Entidad. Detrimiento patrimonial	4	10	ALTA	1. Aplicación y seguimiento al formato de préstamo documental. 2. Aplicación y seguimiento del formato de historia clínica.	NA	NA	NA	X	Control 1. Aplicación y seguimiento al formato de préstamo documental. Se da aplicabilidad al formato GSI-PD-028 Préstamo documental donde se registran campos como caja, folio, nombre del documento, nombre del usuario, dependencia, fecha del registro, firma del usuario, fecha de devolución. Acuerdo 042 / 2022 Artículo 6º. Préstamo de documentos para trámites internos. En el evento que se requiera trasladar un expediente a otra dependencia en calidad de préstamo, la dependencia productora deberá llevar un registro en el que se consignará la fecha del préstamo, identificación completa del expediente, número total de hojas, nombre y cargo de quien retira el expediente y término preestablecido para su devolución. Vendido el plazo, el Manual de Historia Clínica está el trámite de solicitud de Historia Clínica (Subido en plataforma SUTIT), donde describe los requisitos en cumplimiento a la norma. Resolución 1995 ARTICULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLINICA. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: 1) El usuario. 2) El Equipo de Salud. 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley. 4) Las demás personas determinadas en la Ley.												
				4	1	ALTA	1. Registro de radicación en planillas electrónicas. 2. Aplicación del formato de registro único de correspondencia.	NA	NA	NA	X	Control 1. Registro de radicación en planillas electrónicas. Acuerdo 060 de 2022 ARTICULO OCHAVO.- Control de comunicaciones oficiales: Las unidades de correspondencia, elaborarán planillas, formatos y controles manuales o automatizados que permitan certificar la recepción de los documentos, por parte de los funcionarios competentes y dispondrán de servicios de alerta para el seguimiento a los tiempos de respuesta de las comunicaciones recibidas. Documento 027 Registro único de comunicaciones de la Oficina Asesora Jurídica con evidencia de												
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	Manipulación del proceso de radicación de documentos para favorecimiento a un tercero	Debido a interés particular. Beneficio a un tercero. Falta de ética profesional.	Perdida de la imagen y credibilidad institucional	4	3	ALTA	1. Registro de radicación en planillas electrónicas. 2. Aplicación del formato de registro único de correspondencia.	NA	NA	NA	X	Control 2. Aplicación del formato de registro único de correspondencia. Acuerdo 060 ARTICULO SEPTIMO.- Comunicaciones internas: Para las comunicaciones internas de carácter oficial, las entidades deberán establecer controles y procedimientos que permitan realizar un adecuado seguimiento a las mismas, utilizando los códigos de las dependencias, la numeración consecutiva y sistemas que permitan la consulta oportunamente, ya sean éstos, manuales o automatizados.												
				4	1	ALTA	1. Registro de radicación en planillas electrónicas. 2. Aplicación del formato de registro único de correspondencia.	NA	NA	NA	X	Control 2. Aplicación del formato de registro único de correspondencia. Acuerdo 060 ARTICULO SEPTIMO.- Comunicaciones internas: Para las comunicaciones internas de carácter oficial, las entidades deberán establecer controles y procedimientos que permitan realizar un adecuado seguimiento a las mismas, utilizando los códigos de las dependencias, la numeración consecutiva y sistemas que permitan la consulta oportunamente, ya sean éstos, manuales o automatizados.												
GESTION DEL HUMANIO	Vinculación de personal sin cumplimiento de requisitos del cargo	Debido a: Tráfico de influencias. Beneficio a terceros. Dadivos.	Hallazgos disciplinarios por parte de entes de control. Hecación de la imagen de la entidad.	3	15	MODERADA	1. Aplicación de la herramienta denominada "lista de validación de documentos anexos a la hoja de vida" GTH-VW 334	NA	NA	NA	X	Control 1. Aplicación de la herramienta denominada "lista de validación de documentos anexos a la hoja de vida" GTH-VW 334 En el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2020 hasta el 30 de abril de 2020, se aplicó la "lista de validación de documentos anexos a la hoja de vida" (GTH-VW 334) al personal que se vinculó en este periodo, correspondiente a veintún (21) funcionarios.												
				4	1	MODERADA	1. Encuentros financieros analizados por Revisoría fiscal. 2. Informe de control interno contable. 3. Auditoría integral por la Contraloría Municipal.	NA	NA	NA	X	Control 1. Estados financieros analizados por Revisoría fiscal. Se realiza auditoría a los estados financieros, por parte de la Revisoría fiscal, con la finalidad de determinar la veracidad de la información consignada en las declaraciones presentadas por la Empresa, verificar que la información declarada correspondan a las operaciones anotadas en los registros contables, así como las transacciones económicas efectuadas. Los estados financieros son analizados por la Revisoría Fiscal, después de la firma de la Revisoría Fiscal son Control 2. Informe de control interno contable. Al inicio de la vigencia 2020, se efectuó el seguimiento al control interno contable, con la finalidad de determinar el nivel de cumplimiento de las normas contables de acuerdo a los instrumentos emitidos por la Contraloría General de la Administración Pública. Control 3. Auditoría integral por la Contraloría Municipal. Se realizan conciliaciones y se presentan informes al área de Contabilidad. Todos los traslados deben ir autorizados por gerencia, en caso de hacer un traslado se solicita ofertas a bancos reconocidos para hacer un análisis de conveniencia y así poder determinar la mejor oferta para la Entidad. Cada vigencia se realiza la vigilancia de la gestión fiscal y el control de la administración por los Entes y												
GESTION FINANCIERA	Desviación de Recursos por parte de Tesorería y traslados de Fondos sin autorización previa	Debido a interés particular. Beneficio a terceros	Perdida económica. Detrimiento patrimonial. Sanciones.	4	20	MODERADA	1. Encuentros financieros analizados por Revisoría fiscal. 2. Informe de control interno contable. 3. Auditoría integral por la Contraloría Municipal.	NA	NA	NA	X	Control 1. Estados financieros analizados por Revisoría fiscal. Se realiza auditoría a los estados financieros, por parte de la Revisoría fiscal, con la finalidad de determinar la veracidad de la información consignada en las declaraciones presentadas por la Empresa, verificar que la información declarada correspondan a las operaciones anotadas en los registros contables, así como las transacciones económicas efectuadas. Los estados financieros son analizados por la Revisoría Fiscal, después de la firma de la Revisoría Fiscal son Control 2. Informe de control interno contable. Al inicio de la vigencia 2020, se efectuó el seguimiento al control interno contable, con la finalidad de determinar el nivel de cumplimiento de las normas contables de acuerdo a los instrumentos emitidos por la Contraloría General de la Administración Pública. Control 3. Auditoría integral por la Contraloría Municipal. Se realizan conciliaciones y se presentan informes al área de Contabilidad. Todos los traslados deben ir autorizados por gerencia, en caso de hacer un traslado se solicita ofertas a bancos reconocidos para hacer un análisis de conveniencia y así poder determinar la mejor oferta para la Entidad. Cada vigencia se realiza la vigilancia de la gestión fiscal y el control de la administración por los Entes y												
				4	1	MODERADA	1. Encuentros financieros analizados por Revisoría fiscal. 2. Informe de control interno contable. 3. Auditoría integral por la Contraloría Municipal.	NA	NA	NA	X	Control 1. Estados financieros analizados por Revisoría fiscal. Se realiza auditoría a los estados financieros, por parte de la Revisoría fiscal, con la finalidad de determinar la veracidad de la información consignada en las declaraciones presentadas por la Empresa, verificar que la información declarada correspondan a las operaciones anotadas en los registros contables, así como las transacciones económicas efectuadas. Los estados financieros son analizados por la Revisoría Fiscal, después de la firma de la Revisoría Fiscal son Control 2. Informe de control interno contable. Al inicio de la vigencia 2020, se efectuó el seguimiento al control interno contable, con la finalidad de determinar el nivel de cumplimiento de las normas contables de acuerdo a los instrumentos emitidos por la Contraloría General de la Administración Pública. Control 3. Auditoría integral por la Contraloría Municipal. Se realizan conciliaciones y se presentan informes al área de Contabilidad. Todos los traslados deben ir autorizados por gerencia, en caso de hacer un traslado se solicita ofertas a bancos reconocidos para hacer un análisis de conveniencia y así poder determinar la mejor oferta para la Entidad. Cada vigencia se realiza la vigilancia de la gestión fiscal y el control de la administración por los Entes y												

TIPO DE RIESGOS		Compromiso		VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:		2020		SEGUIMIENTO No. 3		FECHA DE SEGUIMIENTO:		28		12		2020		
PROCESO	RIESGO	ANALISIS DE CAUSAS	EFFECTOS	VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES	VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES	OPCIONES DE MONITEO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION	MECANSISMO DE EVIDENCIA	La evidencia es:	SEGUIMIENTO	Evidencias del cumplimiento de las acciones	Posterior a cumplimiento de las acciones	SI	NO	Recomendaciones por la D2 OMA de Control Interno	
				INICIAL	ACTUAL	ALTA			INICIO	FINAL	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
GESTION FINANCIERA	Realizar pagos de cuentas sin el cumplimiento de los requisitos procedimentales y legales	Debido a: Trafico de influencias. Interés particular. Beneficio a un tercero.	Restricción de la imagen de la Entidad. Deterioro patrimonial Sanciones legales	Mayor	Menor	Alta	Asumir	NA			X		NA	NA	X	NA	NA	Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos
GESTION FINANCIERA	Afectar rubros que corresponden con el objeto del gasto en beneficio propio o a cambio de una retribución económica.	Debido a: Trafico de influencias. Beneficio a un tercero. Deseos Sanciones legales	Desviación de recursos. Restricción de la imagen y credibilidad institucional Sanciones legales	Mayor	Menor	Alta	Asumir	NA			X		NA	NA	X	NA	NA	Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos
GESTION FINANCIERA	Disminución de la cartera por omisión de registros contables no acordes a la realidad (ingresos, egresos y devoluciones)	Debido a: Soborno. Trafico de influencias. Beneficio a un tercero.	Pérdida económica	Mayor	Menor	Alta	Asumir	NA			X		NA	NA	X	NA	NA	Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos
GESTION JURIDICA-Contratación	Dirección inadecuada de condiciones para laborar a proponentes a través de los estudios previos, condiciones de selección y adjudicación.	Debido a: Interés indebido en la adjudicación. Conflicto de interés. Falta de ética profesional.	Procesos disciplinarios, penales y fiscales. Demandas por irregularidad en los procesos de contratación	Mayor	Menor	Alta	Asumir	NA			X		NA	NA	X	NA	NA	Continuar con la aplicabilidad de los controles para evitar la materialización de los riesgos

