

VERSION	PROCESO/SERVICIO	CODIGO	NUM
7.0	GESTION DE CONTROL	GC-SMR	309

TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion			VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:			2022		SEGUIMIENTO No.		2		FECHA DE SEGUIMIENTO:			10		agosto		2022																
PROCESO	No	DESCRIPCION DEL RIESGO	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES			TRATAMIENTO						SEGUIMIENTO																						
			PROBABLE	IMPACTO	SEVERIDAD	CONTROLES	PROBABLE	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION		MEDIO DE EVIDENCIA		La causal del riesgo se encuentran claramente identificadas?	Los controles mitigan el riesgo	Evidencia del cumplimiento de las acciones		Porcentaje de cumplimiento de la acción	El riesgo se ha materializado?	Se evidencian demandas, PQRD formales sobre la materialización del riesgo?	Que correctivos se implementaron para cumplir la materialización del riesgo?	Recomendaciones por la Oficina de Control Interno												
													INICIO	FINAL	SI	NO			SI	NO						SI	NO										
PROCESOS MISIONALES	1	Demandas judiciales Procesos disciplinarios Detrimiento patrimonial. Por sustracción de elementos, dispositivos médicos insumos y medicamentos Debido a: Interés particular. Falta de ética profesional. Peculado.	4 Probable	5 Medio	ALTA	1. Adherencia al procedimiento de recepción almacenamiento y control de inventarios	3 Probable	Medio	30 ALTO	Mitigar	1. Realizar arqueo mensual a los almacenes de las IPS	Almacén general	feb-22	dic-22	Actas de arqueo de manera mensual	x	SI	NO	Evidencia del cumplimiento de los controles	x	1. Adherencia al 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, con la finalidad de recepcionar y almacenar los 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 concordancia 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, junto con los soportes de los ajustes realizados. Se realizar seguimiento a los resultados de la toma física de inventario de medicamentos y dispositivos médicos de manera mensual.	20%	x	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo										
																												2. Adherencia a las guías y procedimiento de recepción almacenamiento, distribución custodia y disposición final de bienes	Secretaría general	feb-22	feb-22	Propuesta de viabilidad	x	2. Adherencia a las guías y procedimiento 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.	2. Realizar estudio de viabilidad de ubicación de cámaras en sitios estratégicos en las IPS	La actividad se encuentra en proceso
																												3. Verificación al ingreso de las compras al sistema SIOS modulo de inventarios.	Empresa de vigilancia	feb-22	dic-22	Boletas de salida de elementos	x	3. Verificación al ingreso de las compras al sistema SIOS modulo de inventarios.	Los medicamentos y dispositivos son registradas en el sistema de información SIOS, modulo de inventarios.	3. Revisar el ingreso y salida de personal y/o elementos	La acción esta operando en las ips que prestan el servicio asistencial
																												4. Control a la realización de inventarios						4. Control a la realización de inventarios	Cada año se realiza inventario general, se realizan conciliaciones de manera permanente, elementos de consumo (mensuales), de elementos de consumo controlado (mensuales), de elementos devolutivos (anuales).		
																												5. Control al ingreso y salida de elementos, medicamentos e insumos a las IPS						5. Control al ingreso y salida de elementos, medicamentos e insumos a las IPS	Se realiza control al ingreso y salida de elementos, medicamentos e insumos a las IPS		
PROCESOS MISIONALES	2	Pérdida económica Sanciones Pérdida de imagen. Por expedición de órdenes fraudulentas de incapacidades. Debido a: Tráfico de influencias. Interés particular. Falta de ética profesional.	4 Probable	5 Crisis	EXMEDIO	1. Reporte de casos a comité de ética medica	4 Probable	Medio	40 ALTO	Mitigar	1. Realizar seguimiento al profesional que mas emite certificado de incapacidad para verificar la pertinencia de las mismas.	Oficina de seguridad y salud en el trabajo Directores Operativos	feb-22	dic-22	Historia clinica	x	SI	NO	Evidencia del cumplimiento de los controles	x	1. Reporte de casos a comité de ética medica	No se evidencia hallazgo relacionado con la expedición de formulas fraudulentas de medicamentos ni reportes de casos al comité de ética.	0%	x	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo										
																												2. Reporte de casos a control interno disciplinario	Oficina de seguridad y salud en el trabajo Directores Operativos	mar-22	mar-22	Instrumento aprobado	x	2. Reporte de casos a control interno disciplinario	No se evidencia hallazgo relacionado con la expedición de formulas fraudulentas de medicamentos ni reportes a control interno disciplinario.	2. Realizar instrumento para la expedición de órdenes fraudulentas de incapacidades	La actividad se encuentra en proceso
																												3. Análisis de las acciones tomadas frente a los reportes entregados						3. Análisis de las acciones tomadas frente a los reportes entregados	No se evidencia hallazgo relacionado con la expedición de formulas fraudulentas de medicamentos ni reportes de casos.		
		Pérdida de fidelidad del usuario. Pérdida de ingresos y afectación del presupuesto. Procesos disciplinarios a funcionarios involucrados.				1. Verificación de traslados de referencias a través de la bitácora de la red de comunicaciones y de ambulancias				1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno		feb-22	dic-22	Informes					1. Verificación de traslados de referencias a través de la bitácora de la red de comunicaciones y de ambulancias	Se realiza la verificación de traslados de referencias a través de la bitácora de la red de comunicaciones y de ambulancias la cual es controlada por Secretaría general					Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo												

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E RIT 909991143-9		SEGUIMIENTO A MATRIZ DE RIESGOS											CODIGO	NUM								
VERSION		PROCESO/SERVICIO											GC-SMR	309								
7.0		GESTION DE CONTROL																				
TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion			VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:				2022		SEGUIMIENTO No.		2		FECHA DE SEGUIMIENTO:			10	agosto	2022		
PROCESO	No	DESCRIPCION DEL RIESGO	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES				TRATAMIENTO						SEGUIMIENTO						
			PROBABLEDA	IMPACTO	SEVERIDAD	CONTROLES	PROBABLEDA	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION	MEDIO DE EVIDENCIA	La causal del riesgo se encuentran debidamente identifi-cadas?	Los controles mitigan el riesgo	Evidencia del cumplimiento de las acciones	Porcentaje de cumplimiento de la acción	El riesgo se ha materializado?	Se evidencian demandas, PORO formales sobre la materialización del riesgo?	Que correctivos se implementaron para corregir la materialización del riesgo?	Recomendaciones por la Oficina de Control Interno
									INICIO		FINAL		SI		NO		SI		NO			
PROCESOS MISIONALES	3	Eventos adversos por inoportunidad en la atención. Por redireccionar 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.	3 Pobre	5 Catastrófica	10 Estrófico	2. Análisis de PORSF	1 Rara Vez	20 Moderada	20 MODERADA	control interno		feb-22	dic-22	Informes	X	2. Análisis de PORSF Se evidencia el cuarto informe trimestral del porsf y vulneración de derechos 2021. En el IV Trimestre del año 2021, (octubre, noviembre, diciembre) se realizaron 354.235 procedimientos en la Red de prestadores que conforman Pasto Salud ESE, de los cuales el 0,12% (439 usuarios) presentaron QORSF. Las publicaciones se encuentran en el siguiente link: PORSF: https://pastosaludese.gov.co/site/images/4-participacion-ciudadana/4.14-SIAU/2021/Intoppp/QUARTO%20INFORME%20TRIMESTRAL%20PQRS.pdf Se evidencia el I y II Informe trimestral de PQRSFD, el cual se encuentra publicado en la página Web de Pasto Salud E.S.E. En el I Trimestre del año 2022, se realizaron 487.955 atenciones en la Red de prestadores que conforman Pasto Salud ESE, de los cuales el 0,04% (191 usuarios) presentaron PQRS. En cuanto a las felicitaciones se presentaron 181 formatos, que con respecto a todas las atenciones en salud de Pasto Salud, corresponde al 0,04%, el informe se encuentra publicado en el link: https://pastosaludese.gov.co/site/images/4-participacion-ciudadana/4.14-SIAU/2022/Intoppp/PRIMER%20INFORME%20TRIMESTRAL%20PQRSFD-2022.pdf En el II Trimestre del año 2022, se realizaron 507.696 atenciones en la Red de prestadores que conforman Pasto Salud ESE, de los cuales el 0,04% (179 usuarios) presentaron PQRS. En cuanto a las felicitaciones se presentaron 224 formatos, que con respecto a todas las atenciones en salud de Pasto Salud, corresponde al 0,04%, el informe se encuentra publicado en el link: https://pastosaludese.gov.co/site/images/4-participacion-ciudadana/4.14-SIAU/2022/Intoppp/SEGUNDO%20INFORME%20TRIMESTRAL%20PQRSFD-2.pdf	X	100%	X	NA	NA	materialización del riesgo
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	4	Afectación en los procesos de acceso a los servicios de salud. Vulneración a los derechos de los pacientes. Eventos clínicos. Pérdida de imagen institucional. Por prioridad en la asignación de citas, atención y procedimientos sin pertenecer al grupo de población especial. Debido a: Amiguismo Dadivos Familiaridad, Compañerismo, Tráfico de influencias.	4 Probable	4 Mayor	10 ALTA	1. Adherencia al instructivo atención al usuario y call center 2. Seguimiento al procedimiento de asignación de citas 3. Análisis de PORSF 4. Adherencia a la clasificación de triage, plan nacional de vacunación.	2 Improbatible	10 Baja	20 Baja	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno. 2. Adherencia al instructivo atención al usuario y call center 3. Análisis de PORSF 4. Adherencia a la clasificación de triage, plan nacional de vacunación.	Líder del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes	X	1. Adherencia al instructivo atención al usuario y call center Se cuenta con la estandarización e implementación del instructivo de atención al usuario mediante el servicio de call center IN-AUI, versión 06, con la finalidad de contestar las llamadas telefónicas recibidas en el servicio de call center y asignación de citas telefónicas para facilitar el acceso en la prestación de los servicios de la Entidad, prestando un servicio eficiente que cumpla con las expectativas de los usuarios, mejorando la imagen institucional. Se puede evidenciar por medio de las grabaciones, la aplicación de los operadores el protocolo de atención al Usuario, actualizando datos, recordando los deberes y derechos del Usuario. En cada reunión con los colaboradores se recuerda el protocolo para la asignación de citas. 2. Seguimiento al procedimiento de asignación de citas Se encuentra el documentado, 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 estandarizó, aprobó, publicó 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 estable. 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 web institucional: http://pastosaludese.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=469 Se puede evidenciar por medio de las grabaciones, cuando los operadores aplican el procedimiento de asignación de citas. Además en el mes de abril de 2021 la Subgerencia Financiera en el programa de Auditoría de Cuentas, desarrolló una capacitación para auxiliares administrativos SIAU y Operadores de Call Center con el objetivo actualizar los conocimientos en la contratación con las diferentes IPS y aplicar estos conocimientos en la asignación de citas. 3. Análisis de PORSF Se evidencia el cuarto informe trimestral del porsf y vulneración de derechos 2021. En el IV Trimestre del año 2021, (octubre, noviembre, diciembre) se realizaron 354.235 procedimientos en la Red de prestadores que conforman Pasto Salud ESE, de los cuales el 0,12% (439 usuarios) presentaron QORSF. Las publicaciones se encuentran en el siguiente link: PORSF: https://pastosaludese.gov.co/site/images/4-participacion-ciudadana/4.14-SIAU/2021/Intoppp/QUARTO%20INFORME%20TRIMESTRAL%20PQRS.pdf Se evidencia el I y II Informe trimestral de PQRSFD, el cual se encuentra publicado en la página Web de Pasto Salud E.S.E. En el I Trimestre del año 2022, se realizaron 487.955 atenciones en la Red de prestadores que conforman Pasto Salud ESE, de los cuales el 0,04% (191 usuarios) presentaron PQRS. En cuanto a las felicitaciones se presentaron 181 formatos, que con respecto a todas las atenciones en salud de Pasto Salud, corresponde al 0,04%, el informe se encuentra publicado en el link: https://pastosaludese.gov.co/site/images/4-participacion-ciudadana/4.14-SIAU/2022/Intoppp/PRIMER%20INFORME%20TRIMESTRAL%20PQRSFD-2022.pdf En el II Trimestre del año 2022, se realizaron 507.696 atenciones en la Red de prestadores que conforman Pasto Salud ESE, de los cuales el 0,04% (179 usuarios) presentaron PQRS. En cuanto a las felicitaciones se presentaron 224 formatos, que con respecto a todas las atenciones en salud de Pasto Salud, corresponde al 0,04%, el informe se encuentra publicado en el link: https://pastosaludese.gov.co/site/images/4-participacion-ciudadana/4.14-SIAU/2022/Intoppp/SEGUNDO%20INFORME%20TRIMESTRAL%20PQRSFD-2.pdf 4. Adherencia a la clasificación de triage, plan nacional de vacunación. Se cuenta con Instructivo de clasificación de triage y a da aplicabilidad a la metodología paciente trazador aplicado en los servicios de urgencias. Evidencia: informe paciente trazador aplicado en los servicios de urgencias para el primer semestre 2022	X	100%	X	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo

TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion		VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:		2022		SEGUIMIENTO No.		2		FECHA DE SEGUIMIENTO:		10		agosto		2022																					
PROCESO	No	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES			TRATAMIENTO					SEGUIMIENTO																										
		PROBLEMA	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBLEMA	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION		MEDIO DE EVIDENCIA	La causal del riesgo se encuentran claramente identificadas?		Los controles mitigan el riesgo		Evidencia del cumplimiento de las acciones	Porcentaje de cumplimiento de la acción		El riesgo se ha materializado?		Se evidencian demandas, PORO formales sobre la materialización del riesgo?		Que correctivos se implementaron para corregir la materialización del riesgo?		Recomendaciones por la Oficina de Control Interno												
											INICIO	FINAL		SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO													
				5. Despliegue y evaluación del conocimiento del código de integridad y plan anticorrupción																																			
PROCESOS MISIONALES	5			Vulneración a los derechos de los pacientes iniciar procesos de responsabilidad sobre los funcionarios implicados. Pérdida de credibilidad. Por cobrar valores por servicios prestados que no requieren cobro. Debido a: Interés particular Cohecho Falta de ética profesional				1. Seguimiento a registros de atenciones y facturación para la validación y/o anulación por parte de los auxiliares administrativos (cajeros principales) y Directores Operativos 2. Informe semanal de errores de facturación realizado por el área de sistemas de información a los cajeros principales estadísticos y dependencia de facturación 3. Análisis y verificación de la facturación en la herramienta informática SIOS 4. Conciliación mensual de facturación generada a particulares con el efectivo recaudado por este mismo concepto																															
PROCESOS MISIONALES	6			Demanda Perdida de credibilidad Detrimiento patrimonial Por: Violación de la confidencialidad de la historia clínica y estado clínico del usuario con fines diferentes a lo preestablecido en la resolución 1995 del 1999. Debido a: Trafico de influencias. Compañerismo. Falta de ética profesional. Cohecho				1. Adherencia a la resolución 1995 y al manual de historias clínicas 2. Adherencia al procedimiento para el traslado de la historia clínica 3. Adherencia de la normatividad archivística (historia clínica) 4. Adherencia de la política de seguridad informática para el manejo y custodia de historias clínicas																															

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E RIT 909991143-9		SEGUIMIENTO A MATRIZ DE RIESGOS																																
		VERSION		PROCESO/SERVICIO								CODIGO	NUM																					
		7.0		GESTION DE CONTROL								GC-SMR	309																					
TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion			VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:			2022		SEGUIMIENTO No.		2		FECHA DE SEGUIMIENTO:		10		agosto		2022														
PROCESO	No	DESCRIPCION DEL RIESGO	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES			TRATAMIENTO						SEGUIMIENTO																			
			PROBabilidad	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBabilidad	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION		MEDIO DE EVIDENCIA	La causas del riesgo se encuentran claramente identificadas?		Los controles mitigan el riesgo		Evidencia del cumplimiento de las acciones		Porcentaje de cumplimiento de la acción		El riesgo se ha materializado?		Se evidencian demandas, PQRD formales sobre la materialización del riesgo?		Que correctivos se implementaron para corregir la materialización del riesgo?		Recomendaciones por la Oficina de Control Interno					
											INICIO	FINAL		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
GESTION DE AMBIENTE FISICO	7	<p>Detrimiento patrimonial. Por perdida y uso indebido de los bienes devolutivos. Debido a Inventarios desactualizados Falta de control de inventarios de activos fijos</p>	5	5	EXTRORDINARIO	3	3	Posible Mitigación Transferir	<p>1.Revisión periódica de inventarios.</p> <p>2.Revisión de inventarios para generar paz y salvo.</p> <p>3.Actas de traslado diligenciadas.</p> <p>4.Autorizaciones de salida de bienes en IPS y en la Sede Administrativa</p> <p>5.Pólizas de aseguramiento de bienes</p>	<p>1.Arqueos mensuales a los almacenes de las IPS</p> <p>2.Estudio de viabilidad de ubicación de cámaras en sitios estratégicos en las IPS</p> <p>3.Revisar el ingreso y salida de personal y/o elementos</p>	Almacén general	feb-22	dic-22	Actas de arqueo de manera mensual	X	<p>1.Revisión periódica de inventarios.</p> <p>El control de Inventario se lo programa en los siguientes casos: "Por la realización del Inventario General el cual se lo programa una vez al año durante el segundo semestre. "Atendiendo las solicitudes de los funcionarios para la expedición de Paz y Salvos en caso de terminación de contrato, renuncia, vacaciones o rotación de personal. En base al reporte que arroja el sistema "Acta de Inventario", se procede a verificar con los elementos en físico y se registra en el formato asignado las novedades correspondientes. Esta actividad se debe desarrollar en presencia de responsable del puesto de trabajo y el auxiliar de almacén delegado "El inventario revisado debe ser firmado por el / los responsable (s) del puesto de trabajo que tienen bajo su custodia los elementos asignados y de la persona designada por almacén para realizar la revisión. El almacenista de Red o persona delegada para la verificación correspondiente hace entrega a Almacén General: "Informe de inventario "Acta de inventario revisada "Formato de novedades presentadas Para los casos de inventario de bodegas de consumo, laboratorio y farmacia se levanta acta de arqueo o revisión de inventarios con las novedades correspondientes. Se procede a la verificación correspondiente del informe con el Inventario general y se identifican si existen novedades. "Se realizan las actualizaciones de traslados, bajas, etc., de acuerdo a los soportes entregados. "Dado el caso que existen novedades se procede a verificarlas en el sistema de información de la empresa. "Si la novedad persiste se remite al responsable una notificación sobre las novedades (faltantes o sobrantes) presentadas para que realice los descargos y según sea el caso anexe los soportes que justifiquen las inconsistencias presentadas en un término de siete días. 2.Revisión de inventarios para generar paz y salvo. Los paz y salvos son generados de acuerdo a la necesidad del personal que por renuncia, cambio de puesto de trabajo o terminación de contrato son solicitados y generados previa revisión por parte de los almacenistas de red y posterior radicación en la oficina de Almacén General. Se evidencia con: 1. Solicitud de paz y salvo 2. Revisión de inventario 3. Paz y salvo generado por la oficina de Almacén General</p>	X	<p>1.Arqueos mensuales a los almacenes de las IPS</p> <p>Se realizan arqueos mensuales a las cuatro bodegas en las redes de acuerdo al cronograma de arqueos de inventario para la vigencia 2022</p> <p>2.Estudio de viabilidad de ubicación de cámaras en sitios estratégicos en las IPS</p> <p>Actividad en proceso</p> <p>3.Revisar el ingreso y salida de personal y/o elementos</p> <p>La acción esta operando en las ips que prestan el servicio asistencial</p>		20%	X	NA	NA											

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT 90099143-9			SEGUIMIENTO A MATRIZ DE RIESGOS																														
			VERSION		PROCESO/SERVICIO															CODIGO	NUM												
			7.0		GESTION DE CONTROL															GC-SMR	309												
TIPO DE RIESGOS:			Corrupcion			VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:			2022			SEGUIMIENTO No.			2			FECHA DE SEGUIMIENTO:			10		agosto		2022								
PROCESO	No	DESCRIPCION DEL RIESGO	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES			TRATAMIENTO							SEGUIMIENTO																	
			PROBabilidad	IMPACTO	SEVERIDAD	CONTROLES	PROBabilidad	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION		MEDIO DE EVIDENCIA		La causal del riesgo se encuentran claramente identificadas?		Los controles mitigan el riesgo		Evidencia del cumplimiento de las acciones		Porcentaje de cumplimiento de la acción		El riesgo se ha materializado?		Se evidencian demandas, PORO formales sobre la materialización del riesgo?		Que correctivos se implementaron para corregir la materialización del riesgo?		Recomendaciones por la Oficina de Control Interno		
GESTION DE AMBIENTE FISICO	8	<p>Detrimiento patrimonial</p> <p>Procesos disciplinarios investigaciones y sanciones por Entes de control.</p> <p>Por realizar compras de equipos biomédicos e industriales que no corresponden al nivel de complejidad de servicios que presta la Empresa.</p> <p>Debido a:</p> <p>Beneficio a terceros</p> <p>Interés particular</p> <p>trafico de influencias</p>	2	Improbable	4	Mayor	MODERADO	<p>1.Revisar plan de adquisiciones para la compra</p> <p>2.Revisión de estudios previos</p>	<p>Baja</p> <p>Vez</p> <p>Mayor</p> <p>IMP</p> <p>BALJA</p> <p>Aceptar</p>	<p>1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno</p>	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes			X	<p>1.Revisar plan de adquisiciones para la compra</p> <p>El Plan Anual de Adquisiciones es una herramienta de planeación que permite Pasto salud , facilitar, identificar, registrar, programar y divulgar sus necesidades de bienes, obras y servicios; y al Estado a través de Colombia Compra Eficiente, diseñar estrategias de contratación basadas en agregación de la demanda que permitan incrementar la eficiencia del proceso de contratación</p> <p>El PAA también permite a los proveedores potenciales conocer las compras que las diferentes Entidades Estatales planean realizar y que corresponden a temas de su interés.</p> <p>El Plan Anual de Adquisiciones busca comunicar información útil y temprana a los proveedores potenciales de las Entidades Estatales, para que estos participen de las adquisiciones que hace el Estado.</p> <p>2.Revisión de estudios previos</p> <p>Los estudios previos y la supervisión de contratos la realiza el responsable de la línea de consumo, de ser necesario, con el apoyo del personal técnico de la empresa, este es revisado por la Oficina Jurídica se evidencia a través de los siguientes contratos:</p> <p>Contrato prestación de servicios No. 034-2022, 01-enero-2022, Estudios previos No. 037-01-01-22</p> <p>Contrato prestación de servicios No. 035-2022, 01-enero-2022 Estudios previos No. 037-01-01-22</p> <p>Contrato prestación de servicios No. 037-2022,01-enero-2022 Estudios previos No.036-01-01-22</p> <p>Contrato prestación de servicios No. 039-2022-04, enero-2022 Estudios previos No.035-01-01-22.</p> <p>Contrato prestación de servicios No. 042-2022-17, enero-2022 Estudios previos No. 045-14-01-22.</p> <p>Contrato de suministros No. 091-2022-04-feb-2022, Estudios previos No. 061-14-01-22</p> <p>Contrato de suministros No. 092-2022-07-feb-2022, Estudios previos No. 061-14-01-22</p> <p>Contrato de suministros No. 103-2022-10-feb-2022, Estudios previos No. 063-17-01-22</p> <p>Contrato de suministros No. 173-2022-23-may-2022, Estudios previos No. 147-02-05-22</p> <p>Contrato de suministros No. 194-2022-03-jun-2022, Estudios previos No. 151-12-05-22.</p>	X	100%	X	NA	NA	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo							
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	9	<p>Pérdida de la seguridad y custodia de la información.</p> <p>Sanciones legales.</p> <p>Por acceso abusivo a los sistemas informáticos, con el objetivo de ocultar o alterar la información considerada pública del desempeño de los procesos que la entidad debe reportar a sus grupos de interés.</p> <p>Debido a:</p> <p>Intereses particulares</p> <p>Indebidos.</p> <p>Trafico de influencias.</p>	3	Possible	4	Mayor	ALTA	<p>1. Seguridad perimetral a través de hardware.</p> <p>2. Seguridad a nivel de red local de datos, nivel de seguridad del directorio activo, y nivel de seguridad a nivel de seguridad de datos, nivel de seguridad a nivel de aplicaciones.</p> <p>3. Socialización de la política de seguridad y privacidad de la información al personal de la Empresa.</p> <p>4. Visita de verificación de archivos de gestión</p> <p>5. Visita de verificación de archivo de historias clínicas</p>	<p>Baja</p> <p>Vez</p> <p>Mayor</p> <p>IMP</p> <p>BALJA</p> <p>Aceptar</p>	<p>1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno</p>	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes				<p>1. Seguridad perimetral a través de hardware.</p> <p>Para la adquisición de la herramienta de seguridad perimetral se solicitaron propuestas a varios proveedores con el fin de comparar funcionalidades y costos, en este momento contamos con la maquina suministrada por nuestro proveedor de conectividad la cual nos permite tener seguridad a nivel de red.</p> <p>2. Seguridad a nivel de red local de datos, nivel de seguridad del directorio activo, y nivel de seguridad a nivel de seguridad de datos, nivel de seguridad a nivel de aplicaciones.</p> <p>Se estan realizando las pruebas de modificación en las políticas de directorio activo, las cuales van encaminadas a mejorar el control de acceso por aplicaciones, datos y red.</p> <p>3. Socialización de la política de seguridad y privacidad de la información al personal de la Empresa.</p> <p>Se enviaron las tematicas a talento humano con el fin de que sean programadas en la vigencia 2022, donde se incluyen temas de seguridad y privacidad de la información</p> <p>4. Visita de verificación de archivos de gestión</p> <p>Circular 202205610015793 de 5 de abril de 2022, formato para aprobar de verificación de formatos unico de inventario documental</p> <p>5. Visita de verificación de archivo de historias clínicas</p> <p>Circular 202205610018403 del 25 de abril de 2022 Organización, manejo de Archivo de Historias Clínicas</p>		100%	X	NA	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo								

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E RIT 90999143-9		SEGUIMIENTO A MATRIZ DE RIESGOS																																																																																																																																		
VERSION		PROCESO/SERVICIO										CODIGO	NUM																																																																																																																							
7.0		GESTION DE CONTROL										GC-SMR	309																																																																																																																							
TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion		VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:		2022		SEGUIMIENTO No.		2		FECHA DE SEGUIMIENTO:		10	agosto	2022																																																																																																																				
PROCESO	No	DESCRIPCION DEL RIESGO	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO																																																																																																																							
			PROBABLE	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBABLE	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION		MEDIO DE EVIDENCIA	La causal del riesgo se encuentran claramente identificadas?	Los controles mitigan el riesgo	Evidencia del cumplimiento de las acciones	Porcentaje de cumplimiento de la acción	El riesgo se ha materializado?	Se evidencian demandas, POED formales sobre la materialización del riesgo?	Que correctivos se implementaron para evitar la materialización del riesgo?	Recomendaciones por la Oficina de Control Interno																																																																																																														
												INICIO	FINAL										SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																								
GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	10	Perdidas económicas Pérdida de recursos tecnológicos Sanciones legales. Por obstaculización ilegítima de sistema informático, red de telecomunicación y documentos físicos con el objetivo de adular, modificar, sustituir o eliminar datos o información sensible, confidencial, crítica en beneficio propio o de terceros. Debido a: a: Interés particular. Beneficio a terceros. Tráfico de influencias.	3 Posible	4 Mayor	ALTA	1 Rara Vez	4 Mayor	10 BAJA	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes	x	x	1. Seguridad perimetral a través de hardware Para la adquisición de la herramienta de seguridad perimetral se solicitaron propuestas a varios proveedores con el fin de comparar funcionalidades y costos, en este momento contamos con la maquina suministrada por nuestro proveedor de conectividad la cual nos permite tener seguridad a nivel de red. 2. Seguridad a nivel de red local de datos, nivel de seguridad del directorio activo, y nivel de seguridad a nivel de seguridad de datos, nivel de seguridad a nivel de aplicaciones. Se estan realizando las pruebas de modificación en las políticas de directorio activo, las cuales van encaminadas a mejorar el control de acceso por aplicaciones, datos y red. 3.Socialización de la política de seguridad y privacidad de la información al personal de la Empresa Se enviaron las temáticas a talento humano con el fin de que sean programadas en la vigencia 2022, donde se incluyen temas de seguridad y privacidad de la información 4.Planilla de entrega de comunicaciones oficiales se lleva registros de comunicaciones oficiales tanto internas como externas. 5.Lista de verificación de archivos de gestión Circular 202205610015793 de 5 de abril de 2022, formato para aprobar de verificación de formatos unico de inventario documental 6.Visita de verificación de archivos de gestión Circular 202205610015793 de 5 de abril de 2022, formato para aprobar de verificación de formatos unico de inventario documental 7.Visita de verificación de archivo de historias clínicas Circular 202205610019403 del 25 de abril de 2022 Organización, manejo de Archivo de Historias Clínicas	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	100%	x	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo																																																																																																														
																							GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	11	Pérdida de información Sanciones. Por Acceder sin autorización para la filtración de información confidencial y uso indebido de la información. Debido a: a: Falta de ética por parte del personal Presión por un grupo o persona en particular. Interés particular. Beneficio a terceros. Tráfico de influencias.	3 Posible	5 Catastrófico	ALTA	1 Rara Vez	4 Mayor	10 BAJA	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes	x	1. Seguridad perimetral a través de hardware a un nivel medio. Para la adquisición de la herramienta de seguridad perimetral se solicitaron propuestas a varios proveedores con el fin de comparar funcionalidades y costos, en este momento contamos con la maquina suministrada por nuestro proveedor de conectividad la cual nos permite tener seguridad a nivel de red. 2. Seguridad a nivel de red local de datos, nivel de seguridad del directorio activo, y nivel de seguridad a nivel de aplicaciones. Se estan realizando las pruebas de modificación en las políticas de directorio activo, las cuales van encaminadas a mejorar el control de acceso por aplicaciones, datos y red.	1. Seguridad perimetral a través de hardware a un nivel medio. Para la adquisición de la herramienta de seguridad perimetral se solicitaron propuestas a varios proveedores con el fin de comparar funcionalidades y costos, en este momento contamos con la maquina suministrada por nuestro proveedor de conectividad la cual nos permite tener seguridad a nivel de red. 2. Seguridad a nivel de red local de datos, nivel de seguridad del directorio activo, y nivel de seguridad a nivel de aplicaciones. Se estan realizando las pruebas de modificación en las políticas de directorio activo, las cuales van encaminadas a mejorar el control de acceso por aplicaciones, datos y red.	100%	x	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo																																																																																								
																																													GESTION DEL TALENTO HUMANO	12	Hallazgos disciplinarios por parte de entes de control. Afectación de la imagen de la entidad. Por vinculación de personal sin cumplimiento de requisitos del cargo. Debido a: a:Tráfico de influencias. Beneficio a terceros. Dadivas.	3 Posible	3 Moderado	MODERADA	1 Rara Vez	4 Mayor	8 BAJA	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes	x	1.Aplicación de la herramienta denominada "lista de validación de documentos anexos a la hoja de vida" GTH-VHV 334 Se evidencia mediante la revisión de las siguientes hojas de vida, vinculadas en la vigencia 2022: Cesalio Arevalo Bastidas Angela paola Mena Obando Viviana Andrés Ramirez Bolaños Cristian Andrés Cortes Tapia. Javier Alejandro Rosales Jimenez Robert Wilson Saldana Basante	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	100%	x	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo																																																																		
																																																																			GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	10	Perdidas económicas Pérdida de recursos tecnológicos Sanciones legales. Por obstaculización ilegítima de sistema informático, red de telecomunicación y documentos físicos con el objetivo de adular, modificar, sustituir o eliminar datos o información sensible, confidencial, crítica en beneficio propio o de terceros. Debido a: a: Interés particular. Beneficio a terceros. Tráfico de influencias.	3 Posible	4 Mayor	ALTA	1 Rara Vez	4 Mayor	10 BAJA	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes	x	1. Seguridad perimetral a través de hardware Para la adquisición de la herramienta de seguridad perimetral se solicitaron propuestas a varios proveedores con el fin de comparar funcionalidades y costos, en este momento contamos con la maquina suministrada por nuestro proveedor de conectividad la cual nos permite tener seguridad a nivel de red. 2. Seguridad a nivel de red local de datos, nivel de seguridad del directorio activo, y nivel de seguridad a nivel de aplicaciones. Se estan realizando las pruebas de modificación en las políticas de directorio activo, las cuales van encaminadas a mejorar el control de acceso por aplicaciones, datos y red. 3.Socialización de la política de seguridad y privacidad de la información al personal de la Empresa Se enviaron las temáticas a talento humano con el fin de que sean programadas en la vigencia 2022, donde se incluyen temas de seguridad y privacidad de la información 4.Planilla de entrega de comunicaciones oficiales se lleva registros de comunicaciones oficiales tanto internas como externas. 5.Lista de verificación de archivos de gestión Circular 202205610015793 de 5 de abril de 2022, formato para aprobar de verificación de formatos unico de inventario documental 6.Visita de verificación de archivos de gestión Circular 202205610015793 de 5 de abril de 2022, formato para aprobar de verificación de formatos unico de inventario documental 7.Visita de verificación de archivo de historias clínicas Circular 202205610019403 del 25 de abril de 2022 Organización, manejo de Archivo de Historias Clínicas	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	100%	x	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo																																												
																																																																																									GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION	11	Pérdida de información Sanciones. Por Acceder sin autorización para la filtración de información confidencial y uso indebido de la información. Debido a: a: Falta de ética por parte del personal Presión por un grupo o persona en particular. Interés particular. Beneficio a terceros. Tráfico de influencias.	3 Posible	5 Catastrófico	ALTA	1 Rara Vez	4 Mayor	10 BAJA	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes	x	1. Seguridad perimetral a través de hardware a un nivel medio. Para la adquisición de la herramienta de seguridad perimetral se solicitaron propuestas a varios proveedores con el fin de comparar funcionalidades y costos, en este momento contamos con la maquina suministrada por nuestro proveedor de conectividad la cual nos permite tener seguridad a nivel de red. 2. Seguridad a nivel de red local de datos, nivel de seguridad del directorio activo, y nivel de seguridad a nivel de aplicaciones. Se estan realizando las pruebas de modificación en las políticas de directorio activo, las cuales van encaminadas a mejorar el control de acceso por aplicaciones, datos y red.	1. Seguridad perimetral a través de hardware a un nivel medio. Para la adquisición de la herramienta de seguridad perimetral se solicitaron propuestas a varios proveedores con el fin de comparar funcionalidades y costos, en este momento contamos con la maquina suministrada por nuestro proveedor de conectividad la cual nos permite tener seguridad a nivel de red. 2. Seguridad a nivel de red local de datos, nivel de seguridad del directorio activo, y nivel de seguridad a nivel de aplicaciones. Se estan realizando las pruebas de modificación en las políticas de directorio activo, las cuales van encaminadas a mejorar el control de acceso por aplicaciones, datos y red.	100%	x	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo																						
																																																																																																															GESTION DEL TALENTO HUMANO	12	Hallazgos disciplinarios por parte de entes de control. Afectación de la imagen de la entidad. Por vinculación de personal sin cumplimiento de requisitos del cargo. Debido a: a:Tráfico de influencias. Beneficio a terceros. Dadivas.	3 Posible	3 Moderado	MODERADA	1 Rara Vez	4 Mayor	8 BAJA	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes	x	1.Aplicación de la herramienta denominada "lista de validación de documentos anexos a la hoja de vida" GTH-VHV 334 Se evidencia mediante la revisión de las siguientes hojas de vida, vinculadas en la vigencia 2022: Cesalio Arevalo Bastidas Angela paola Mena Obando Viviana Andrés Ramirez Bolaños Cristian Andrés Cortes Tapia. Javier Alejandro Rosales Jimenez Robert Wilson Saldana Basante	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	100%	x	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E. RIT 909991143-9		SEGUIMIENTO A MATRIZ DE RIESGOS																																				
VERSION		PROCESO/SERVICIO										CODIGO	NUM																									
7.0		GESTION DE CONTROL										GC-SMR	309																									
TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion		VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:		2022		SEGUIMIENTO No.		2		FECHA DE SEGUIMIENTO:		10		agosto		2022																				
PROCESO	No	DESCRIPCION DEL RIESGO	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			TRATAMIENTO							SEGUIMIENTO																									
			PROBABLEDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	CONTROLES	PROBABLEDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION		MEDIO DE EVIDENCIA	La casosa del riesgo se encuentran claramente identificadas?		Los controles mitigan el riesgo		Evidencia del cumplimiento de las acciones		Porcentaje de cumplimiento de la acción		El riesgo se ha materializado?		Se evidencian demandas, PORD formales sobre la materialización del riesgo?		Que correctivos se implementaron para corregir la materialización del riesgo?		Recomendaciones por la Oficina de Control Interno								
GESTION FINANCIER A	13		3 Posible	4 Mayor	ALTO	3 Auditoria integral por la Contraloría Municipal.	Rara Vez	Menor	8	BAJA	Acceptar							x																				
						4. Conciliaciones bancarias																																
GESTION FINANCIER A	14	Afectación de la imagen de la entidad Detrimiento patrimonial Sanciones legales. Por realizar pagos de cuentas sin el cumplimiento de los requisitos procedimentales y legales. Debido a: Tráfico de influencias. Interés particular. Beneficio a un tercero.	3 Posible	4 Mayor	ALTO	1. Verificación, aprobación de la matriz de pagos a cargo de la subgerencia financiera y gerencia que se radica en la oficina de tesorería y contabilidad para proceder a la cancelación de las cuentas 2. Recepción de la orden de pago debidamente firmada por el ordenador del gasto la cual se radica en tesorería para la elaboración del comprobante de egreso de las cuentas contenidas en la matriz de pagos 3. Informe de egresos para revisoría fiscal 4. Revisión de egresos por contraloría Municipal 5. Autorización por parte del comité de pagos la matriz contiene las cuentas radicadas dentro del mes 6. Informe emitido por la Fiducia	Rara Vez	Menor	10	BAJA	Acceptar	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes				x																			

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT 90999143-9		SEGUIMIENTO A MATRIZ DE RIESGOS																							
VERSION		PROCESO/SERVICIO										CODIGO	NUM												
7.0		GESTION DE CONTROL										GC-SMR	309												
TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion		VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:		2022		SEGUIMIENTO No.		2		FECHA DE SEGUIMIENTO:		10	agosto	2022									
PROCESO	No	DESCRIPCION DEL RIESGO	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO												
			PROBABLE	IMPACTO	SEVERIDAD	CONTROLES	PROBABLE	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION		MEDIO DE EVIDENCIA	La causal del riesgo se encuentran claramente identificadas?	Los controles mitigan el riesgo		Evidencia del cumplimiento de las acciones	Porcentaje de cumplimiento de la acción	El riesgo se ha materializado?		Se evidencian demandas, PORO formales sobre la materialización del riesgo?	Que correctivos se implementaron para corregir la materialización del riesgo?	Recomendaciones por la Oficina de Control Interno
													INICIO	FINAL			SI	NO			SI	NO			
GESTION FINANCIER A	15	Desviación de recursos Afectación de la imagen y credibilidad Institucional Sanciones legales. Por afectar rubros que no 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 Dades Beneficio en particular	3 Posible	4 Mayor	5 ALTA	1. Verificar en las solicitudes de disponibilidad presupuestal que el objeto del gasto en el que se va aplicar los recursos solicitados sean acordes 2. Auditoria por parte de la Contraloría Municipal. 3. Monitoreo por parte de SIA Observa. 4. Control de firmas en la herramienta de solicitud de disponibilidad presupuestal. 5. Reporte del decreto 2193 al aplicativo SIHO. 6. Auditoria por parte de la Oficina de control interno 7. Reporte de información al aplicativo CHIP	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes	X	1. Verificar en las solicitudes de disponibilidad presupuestal que el objeto del gasto en el que se va aplicar los recursos solicitados sean acordes Se verifica la solicitud de disponibilidad presupuestal para que el objeto del gasto en el que se va aplicar los recursos solicitados sean acordes se verifica la descripción de la destinación específica de los recursos solicitados vs nombre del rubro presupuestal y su valor. Evidencia: Solicitud 13-03-22, Subgerencia de salud e investigación, suministro de material odontológico. Solicitud 15-03 22, Talento humano, publicación de edictos por fallecimiento de funcionario, solicitud 09-03-22, Comunicaciones, compra venta de equipos de sistemas, comunicaciones. Solicitud 07-03-2022, Servicio farmacéutico, productos farmacéuticos. 2. Auditoria por parte de la Contraloría Municipal. Se realizan auditorias por parte de la contraloría municipal, no se evidencian hallazgos relacionados a la afectación de rubros que no corresponden con el objeto del gasto en beneficio propio o a cambio de una retribución económica. 3. Monitoreo por parte de SIA Observa. Se reportan los 5 días primeros días hábiles siguientes al mes que termina en cada vigencia, se verifica en la plataforma sia observa donde están cargados los cdp para posterior cargo de los contratos por parte de la oficina jurídica. 4. Control de firmas en la herramienta de solicitud de disponibilidad presupuestal. La solicitud de disponibilidad presupuestal, son firmadas por el responsable de la necesidad o supervisores de contratos subgerencia financiera comercial y gerencia 5. Reporte del decreto 2193 al aplicativo SIHO. Fue reportado el 28 de abril correspondiente al primer trimestre de 2022 SIO REPORTE DECRETO 2193 6. Auditoria por parte de la Oficina de control interno La auditoria fue realizada con corte a 31 de diciembre de 2021 donde no se registraron hallazgos relacionados a la afectación de rubros que no corresponden con el objeto del gasto en beneficio propio o a cambio de una retribución económica. 7. Reporte de información al aplicativo CHIP El reporte correspondiente al primer trimestre de 2022, se encuentra cargado el día 02 de mayo de 2022 categoría: cupo información del presupuesto ordinario. El correspondiente al segundo trimestre de 2021 fue cargado el día 27 de julio de 2022	X	100%	X	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo						
GESTION FINANCIER A	16	Pérdida económica, por Diminución de la cartera por creación de registros contables no acordes a la realidad (ingresos, glosas y devoluciones) Debido a: Soborno Trafico de influencias Beneficio a un tercero	3 Posible	4 Mayor	5 ALTA	1. Actualización mensual de saldos de cartera los cuales se concilian mensualmente con el área de contabilidad. 2. Conciliación mensual de ingresos entre cartera y tesorería. 3. Registros contables soportados por el área competente (descuentos). 4. Comité de sostenibilidad contable donde se evalúa los estados de cartera y situaciones que se presentan con cada uno de los deudores. 5. Informe mensual de cartera.	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes	X	1. Actualización mensual de saldos de cartera los cuales se concilian mensualmente con el área de contabilidad. Se realiza registro mensual la facturación generada en el periodo las glosas y devoluciones aceptadas, se descargan los pagos recibidos y finalmente se actualiza los estados de cartera por cada deudor y se genera el informe de cartera por deudor y por edades. Evidencia: Informe de cartera del mes de enero, febrero marzo de 2022 2. Conciliación mensual de ingresos entre cartera y tesorería. Se realiza conciliación mensual de los ingresos recibidos por tesorería y los ingresos afectados a la cartera. Evidencia: Informe mensual de Ingresos generado por tesorería y cartera de enero a marzo de 2022 3. Registros contables soportados por el área competente (descuentos). Mensualmente el área de contabilidad registra los valores aceptados por aceptación de glosas, devoluciones y/o descuentos. Evidencia: Asientos contables en el sistema de información SIOS 4. Comité de sostenibilidad contable donde se evalúa los estados de cartera y situaciones que se presentan con cada uno de los deudores fue realizada el 22 de febrero de 2022. Se realiza conciliación mensual de los ingresos recibidos por tesorería y los ingresos afectados a la cartera. Evidencia: Informe mensual de Ingresos generado por tesorería y cartera de enero a marzo de 2022 5. Informe mensual de cartera. Se realiza conciliación mensual de los ingresos recibidos por tesorería y los ingresos afectados a la cartera.	X	100%	X	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo						

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT 90991143-9		SEGUIMIENTO A MATRIZ DE RIESGOS																																			
VERSION		PROCESO/SERVICIO													CODIGO	NUM																					
7.0		GESTION DE CONTROL													GC-SMR	309																					
TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion			VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:			2022		SEGUIMIENTO No.		2		FECHA DE SEGUIMIENTO:			10	agosto		2022																	
PROCESO	No	DESCRIPCION DEL RIESGO	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES				TRATAMIENTO						SEGUIMIENTO																					
			PROBABLEDA	IMPACTO	SEVERIDAD	CONTROLES	PROBABLEDA	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION		MEDIO DE EVIDENCIA	La causas del riesgo se encuentran claramente identificadas?		Los controles mitigan el riesgo?		Evidencia del cumplimiento de las acciones		Porcentaje de cumplimiento de la acción	El riesgo se ha materializado?		Se evidencian demandas, PORO formales sobre la materialización del riesgo?		Que correctivos se implementaron para cumplir la materialización del riesgo?		Recomendaciones por la Oficina de Control Interno								
			3 Posible	4 Mayor	ALTA					1 Baja	2 Mediano	3 ALTA							100%	x	NA	NA															
			6 Aplicabilidad de la herramienta informática SIOS para registro de ingresos glosas devoluciones descuentos y generacion de los estados de cartera.																																		
			7. Conciliaciones periódicas con las EPS de los saldos de cartera																																		
GESTION JURIDICA-Contratación	17	Procesos disciplinarios, penales y fiscales. Demandas por irregularidad en los procesos de contratación. Por direccionamiento de condiciones para favorecer a proponentes a través de los estudios previos, condiciones de selección y/o adendas. Debido a: Interés indebido en la adjudicación de contratos. Conflicto de interés. Falta de ética profesional.				1. Difusión y apropiación del Código de Integridad.						1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Líder del proceso Oficina Control Interno	feb-22	dic-22	Informes																					
						2. Comités de contratación.																															
						3. Revisión Multidisciplinaria de Estudios Previos.																															
						4. Aplicación del Manual de Contratación.																															

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT 90999143-9		SEGUIMIENTO A MATRIZ DE RIESGOS																																			
VERSION		PROCESO/SERVICIO											CODIGO	NUM																							
7.0		GESTION DE CONTROL											GC-SMR	309																							
TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion			VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:			2022		SEGUIMIENTO No.		2		FECHA DE SEGUIMIENTO:			10	agosto	2022																		
PROCESO	No	DESCRIPCION DEL RIESGO	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES			TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO																								
			PROBABLEDA	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBABLEDA	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION		MEDIO DE EVIDENCIA	La causal del riesgo se encuentran claramente identificadas?		Los controles mitigan el riesgo		Evidencia del cumplimiento de las acciones		Porcentaje de cumplimiento de la acción		El riesgo se ha materializado?		Se evidencian demandas, POPO formales sobre la materialización del riesgo?		Que correctivos se implementaron para corregir la materialización del riesgo?		Recomendaciones por la Oficina de Control Interno								
GESTION JURIDICA-Contratación	18	Perdida de imagen y credibilidad. Procesos disciplinarios, penales y fiscales. Denuncias por irregularidad en los procesos de contratación. Por Celebrar contratos sin verificación y/o presentación de documentos falsos. Debido a: Interés indebido en la adjudicación de contratos. Falta de ética profesional. Falta de control.	3 Posible	3 Moderado	MODERADA	1. Aplicación de la herramienta lista de chequeo para contratación GJ-LLC-336	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	feb-22	Informes																										
GESTION JURIDICA-	19	Perdida de procesos judiciales. Por realizar indebida defensa de procesos judiciales para favorecimiento de terceros, a cambio de una dafiva económica. Debido a: Falta de ética profesional. Intereses personales. Amiguismo.	2 Improbable	4 Mayor	MODERADA	1. Comité de conciliación anualmente establece perfiles del contratista 2. La posición institucional de una defensa se toma en comité	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Lider del proceso Oficina Control Interno	feb-22	feb-22	Informes																										

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT 90999143-9		SEGUIMIENTO A MATRIZ DE RIESGOS																								
VERSION		PROCESO/SERVICIO											CODIGO	NUM												
7.0		GESTION DE CONTROL											GC-SMR	309												
TIPO DE RIESGOS:		Corrupcion			VIGENCIA DEL MAPA DE RIESGOS:			2022		SEGUIMIENTO No.		2		FECHA DE SEGUIMIENTO:			10	agosto	2022							
PROCESO	No	DESCRIPCION DEL RIESGO	VALORACION DEL RIESGO SIN CONTROLES			VALORACION DEL RIESGO DESPUES DE CONTROLES			TRATAMIENTO					SEGUIMIENTO												
			PROBABLE	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBABLE	IMPACTO	SEVERIDAD	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE IMPLEMENTACION		MEDIO DE EVIDENCIA	La causal del riesgo se encuentran claramente identificadas?		Los controles mitigan el riesgo		Evidencia del cumplimiento de las acciones		Porcentaje de cumplimiento de la acción	El riesgo se ha materializado?	Se evidencian demandas, POIC formales sobre la materialización del riesgo?	Que correctivos se implementaron para corregir la materialización del riesgo?	Recomendaciones por la Oficina de Control Interno	
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	20	Investigación y sanción por los Entes de Control Pérdida de credibilidad institucional Responsabilidad penal. Por acción disciplinaria privilegio intereses personales desconociendo la normatividad vigente. Debido a: Tráfico de influencias. Saborno. Amiguismo	2	Improbable	4	Mayor	MODERADA	1. Garantía de doble instancia. 2. Independencia de la Oficina de Control Interno Disciplinario 3. Notificación al quejoso en casos donde aplique	Rara Vez Mayor	1.0	BAJA	Aceptar	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno 2. Independencia de la Oficina de Control Interno Disciplinario 3. Notificación al quejoso en casos donde aplique	Líder del proceso Oficina Control Interno	feb-22	feb-22	Informes	X	1. Garantía de doble instancia. En todos los procesos se garantiza el acceso a los recursos, de acuerdo con lo establecido en el capítulo tercero de la Ley 734 de 2002, los cuales se desarrollan a voluntad de los investigados. Esto se puede verificar en todos los autos que se expiden dentro de los procesos. Específicamente en el proceso 001-2019 se presentó recurso de apelación, el cual fue resuelto por la Oficina Jurídica 2. Independencia de la Oficina de Control Interno Disciplinario Separación de la Oficina de Control Interno Disciplinario de Secretaría General a través de la Resolución No. 494 del 19 de agosto de 2020 3. Notificación al quejoso en casos donde aplique Se cumple con el control cuando se archiva un proceso se procede a notificar al quejoso.	X	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno Se realiza seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno a la ejecución de controles establecidos en la matriz de riesgos de corrupción 2022, verificando el cumplimiento en su totalidad con muestras aleatorias.	100%	X	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo
GESTION CONTROL	21	Pérdida de imagen y credibilidad. Procesos disciplinarios. Incumplimiento de objetivos y metas. Por presentación de informes de auditorías internas no acordes a la realidad y ajustada a ciertos intereses Debido a: Interés particular Falta de ética profesional. Ocultamiento de la información para auditar	3	Possible	5	Mayor	ALTA	1. Plan y programa anual de auditorías aprobado por la Alta Dirección. 2. Objetividad y transparencia en la verificación de los documentos sobre las inconsistencias encontradas 3. Aplicación del código de ética del auditor. 4. Declaración de conflicto de intereses de los auditores	Rara Vez Casi diario	2.0	MODERADA	Aceptar	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Oficina Control Interno	feb-22	feb-22	Informes	X	1. Plan y programa anual de auditorías aprobado por la Alta Dirección. Plan Anual de Auditorías vigencia 2022, aprobado el 25 de enero de 2022 en el Comité Coordinador de Control Interno 2. Objetividad y transparencia en la verificación de los documentos sobre las inconsistencias encontradas Los funcionarios y la contratista que apoya el desarrollo de auditorías cuentan con la competencia para efectuar auditorías internas y cuentan con el certificado de auditor interno con licentac. Se efectuó el despliegue del Código de Ética del Auditor (resolución 161 de 2018) el día 5 de mayo de 2022 a los funcionarios de la Oficina de Control Interno y Grupo de Auditoría para la Calidad. 3. Aplicación del código de ética del auditor. Se da aplicabilidad mediante formatos de conflicto de interés diligenciado en las auditorías de gestión que reposan en la oficina de control interno. Se efectuó el despliegue del Código de Ética del Auditor (resolución 161 de 2018) el día 5 de mayo de 2022 a los funcionarios de la Oficina de Control Interno y Grupo de Auditoría para la Calidad. 4. Declaración de conflicto de intereses de los auditores Para cada auditoría se registra el formato GCO-RCI 222 Reporte de conflictos de interés y confidencial el cual es un anexo en las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno.	X	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno Se realiza seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno a la ejecución de controles establecidos en la matriz de riesgos de corrupción 2022, verificando el cumplimiento en su totalidad con muestras aleatorias.	100%	X	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo
GESTION CONTROL	22	Pérdida de imagen y credibilidad. Procesos disciplinarios. Incumplimiento de objetivos y metas. Por realizar seguimientos con resultados no objetivos para favorecer al evaluado. Debido a: Interés particular Falta de ética profesional. Ocultamiento de la información	2	Improbable	5	Mayor	ALTA	1. Plan y programa anual de auditorías aprobado por la Alta Dirección. 2. Objetividad y transparencia en la verificación de los documentos sobre las inconsistencias encontradas 3. Aplicación del código de ética del auditor. 4. Realizar acta de evaluación de cumplimiento a los seguimientos realizados	Rara Vez Casi diario	2.0	MODERADA	Aceptar	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Oficina Control Interno	feb-22	feb-22	Informes	X	1. Plan y programa anual de auditorías aprobado por la Alta Dirección. Plan Anual de Auditorías vigencia 2022, aprobado el 25 de enero de 2022 en el Comité Coordinador de Control Interno 2. Objetividad y transparencia en la verificación de los documentos sobre las inconsistencias encontradas Los funcionarios y la contratista que apoya el desarrollo de auditorías cuentan con la competencia para efectuar auditorías internas y cuentan con el certificado de auditor interno con licentac. Se efectuó el despliegue del Código de Ética del Auditor (resolución 161 de 2018) el día 5 de mayo de 2022 a los funcionarios de la Oficina de Control Interno y Grupo de Auditoría para la Calidad. 3. Aplicación del código de ética del auditor. Se da aplicabilidad mediante formatos de conflicto de interés diligenciado en las auditorías de gestión, que reposan en la oficina de control interno. Se efectuó el despliegue del Código de Ética del Auditor (resolución 161 de 2018) el día 5 de mayo de 2022 a los funcionarios de la Oficina de Control Interno y Grupo de Auditoría para la Calidad. 4. Realizar acta de evaluación de cumplimiento a los seguimientos realizados Se evidencian seguimientos trimestrales a los planes de mejoramiento suscritos producto de auditorías internas efectuadas por la oficina de control interno, conforme a la resolución 163 de 2018	X	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno Se realiza seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno a la ejecución de controles establecidos en la matriz de riesgos de corrupción 2022, verificando el cumplimiento en su totalidad con muestras aleatorias.	100%	X	NA	NA	Es importante continuar con la aplicabilidad de los controles establecidos para evitar la materialización del riesgo
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DE QUIEN ELABORO			DEYSY MARIBEL LASSO CARDENAS						NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DE QUIEN REVISO						JAIME SANTACRUZ - Jefe Oficina Control Interno											