

1004-OCI-025-2017



Ibagué, 15 de Agosto del 2017

Doctora
INES BERNARDA LOAIZA GUERRA
Agente Especial Interventora
Hospital

08470



ASUNTO: EVALUACIÓN MAPA DE RIESGOS PROCESOS PRIMER TRIMESTRE 2017


Respetada Dra.: Inés Bernarda

De manera atenta me permito anexar matriz de Evaluación del **MAPA DE RIESGOS** de los procesos que reportaron la evaluación con corte del 31 de Marzo de 2017, se observó que en algunas acciones los responsables del proceso evaluaron el avance pero al evidenciar no se encuentra soporte por parte de la oficina de control Interno.

Adicionalmente se informa que para el I Trimestre de 2017 las siguientes áreas no presentaron autoevaluación: Oficina Asesora Jurídica, Control Interno Disciplinario, servicio farmacéutico, Ambulatorios.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier inquietud u observación al respecto.

Atentamente


DIEGO FERNANDO GUZMAN GARCIA
Jefe de Oficina de Control Interno

Adjunto: Ocho (10) Hojas

1004-OCI-025-2017



Ibagué, 15 de Agosto del 2017

Doctora
INES BERNARDA LOAIZA GUERRA
Agente Especial Interventora
Hospital

08470



ASUNTO: EVALUACIÓN MAPA DE RIESGOS PROCESOS PRIMER TRIMESTRE 2017

Respetada Dra.: Inés Bernarda

De manera atenta me permito anexar matriz de Evaluación del **MAPA DE RIESGOS** de los procesos que reportaron la evaluación con corte del 31 de Marzo de 2017, se observó que en algunas acciones los responsables del proceso evaluaron el avance pero al evidenciar no se encuentra soporte por parte de la oficina de control Interno.

Adicionalmente se informa que para el I Trimestre de 2017 las siguientes áreas no presentaron autoevaluación: Oficina Asesora Jurídica, Control Interno Disciplinario, servicio farmacéutico, Ambulatorios.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier inquietud u observación al respecto.

Atentamente,

DIEGO FERNANDO GUZMAN GARCIA
Jefe de Oficina de Control Interno

Adjunto: Ocho (10) Hojas

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACOMIS	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE MARZO 31 2017	AREA REPORTA INFORMACION	MD REPORTA SOPORTES
3	DOGENCIA E INVESTIGACION	4	0	0		1004	4. No implementación de la política institucional de innovación genera un atraso de la adquisición de competencias en el talento humano.	1. Gestionar a solicitud de humanos el apoyo en el plan de capacitación institucional a través de los comités de docencia serenos. 2. Definir las políticas de innovación. 3. Definir plan de trabajo con el grupo de innovación institucional.	1. Se realizó la primera socialización de los procedimientos de la Oficina de Docencia. 2. Se está trabajando en la actividad.	Se evidencia lista de asistencia del mes de febrero y marzo de la vigencia 2017 a los estudiantes residentes del hospital, sin embargo no se evidencia un resumen de los temas tratados, solo se evidencia lista de asistencia. 1. Se evidencia lista de asistencia del mes de febrero y marzo de la vigencia 2017 a los estudiantes residentes del hospital, sin embargo no se evidencia un resumen de los temas tratados, solo se evidencia lista de asistencia. 2. No se evidencia el proceso.	AREA REPORTA INFORMACION	MD REPORTA SOPORTES
4	FACTURACIÓN	5	5	0		1003	3. Tratamiento de la normativa vigente para la realización de investigaciones.	1. Actualizar los reglamentos existentes. 2. Adelantar campañas de humanización y campaña reviviendo el cambio.	1. Esta en proceso de producción por el comité de docencia. 2. Se realizó la primera charla de humanización y campaña reviviendo el cambio.	1. No se evidencia soporte de la acción, se evidencia acta de socialización con los estudiantes, pero no se evidencia documento que evidencie el reglamento vigente. 2. No se evidencia acta de socialización mencionada por el proceso. 3. No se evidencia soporte ya que refiere el área que no se ha iniciado esta actividad, se recuerda que esta actividad tiene plazo hasta el 30 de junio de 2017.	REPORTA	
5	FACTURACIÓN	5	5	0		1002	2. Incumplimiento de la normativa vigente para la realización de investigaciones.	1. Socializar los procedimientos del área. 2. Actualizar el reglamento de investigaciones.	1. Se realizó la primera socialización de los procedimientos de la Oficina de Docencia. 2. Se está trabajando en la actividad.	1. Se evidencia soporte de la acción, se evidencia acta de socialización con los estudiantes, pero no se evidencia documento que evidencie el reglamento vigente. 2. No se evidencia acta de socialización mencionada por el proceso. 3. No se evidencia soporte ya que refiere el área que no se ha iniciado esta actividad, se recuerda que esta actividad tiene plazo hasta el 30 de junio de 2017.	REPORTA	
6	FACTURACIÓN	5	5	0		1001	1. Incumplimiento de la normativa vigente para la realización de investigaciones.	1. Socializar los procedimientos del área. 2. Actualizar el reglamento de investigaciones.	1. Se realizó la primera socialización de los procedimientos de la Oficina de Docencia. 2. Se está trabajando en la actividad.	1. Se evidencia soporte de la acción, se evidencia acta de socialización con los estudiantes, pero no se evidencia documento que evidencie el reglamento vigente. 2. No se evidencia acta de socialización mencionada por el proceso. 3. No se evidencia soporte ya que refiere el área que no se ha iniciado esta actividad, se recuerda que esta actividad tiene plazo hasta el 30 de junio de 2017.	REPORTA	
7	FACTURACIÓN	5	5	0		1000	4. No implementación de la política institucional de innovación genera un atraso de la adquisición de competencias en el talento humano.	1. Gestionar a solicitud de humanos el apoyo en el plan de capacitación institucional a través de los comités de docencia serenos. 2. Definir las políticas de innovación. 3. Definir plan de trabajo con el grupo de innovación institucional.	1. Se realizó la primera socialización de los procedimientos de la Oficina de Docencia. 2. Se está trabajando en la actividad.	Se evidencia informe de un comité en excel sobre matriz de informes. Tareas internas como evidencias como dato enviado al Proceso de Planeación y Calidad, se verificó el cumplimiento de la presentación de los siguientes informes presentados del Proceso de Planeación según cronograma: F&C, 1345, 16 informe enviado a Simla Vergara Adriana Directora de medidas especiales F&C y entre otros: Suspendido Certificación de Saludación de febrero a Septiembre de 2016 Informe del periodo de facturación Vs. Bases de Datos Inicial se evidencia cuadro con el comportamiento de gastos Inicial de los meses entre febrero a Septiembre de 2016, certificaciones de la radicación de la facturación mensual que reporta el Hospital, Se evidencia informe de un comité en excel de coordinación facturación Vs. Contabilidad del primer del mes de Septiembre firmado por el Contador y la jefe de facturación, se evidencia informe de Auditoría Médica enviado al Sr. Consejo con fecha de 18/11/2016 firmado por la jefe de facturación y la Técnico Operativo Auditoría Médica.	REPORTA	
8	FACTURACIÓN	5	5	0		0903	1. Generador de información financiera no razonable.	1. Participar en las capacitaciones programadas por el hospital en temas relacionados.	1. El área de recursos humanos no ha programado capacitaciones.	No se evidencia soporte de la acción, se evidencia Plazo en el Mapa de riesgos hasta el 31/12/2015.	REPORTA	
9	FACTURACIÓN	5	5	0		0902	2. Incumplimiento de plazos.	1. Elaborar cronograma de informes internos y externos.	1. En parte de informes comunicado por calidad, en vía evidencia.	Se evidencia cronograma en excel sobre matriz de informes. Tareas internas como evidencias como dato enviado al Proceso de Planeación y Calidad, se verificó el cumplimiento de la presentación de los siguientes informes presentados del Proceso de Planeación según cronograma: F&C, 1345, 16 informe enviado a Simla Vergara Adriana Directora de medidas especiales F&C y entre otros: Suspendido Certificación de Saludación de febrero a Septiembre de 2016 Informe del periodo de facturación Vs. Bases de Datos Inicial se evidencia cuadro con el comportamiento de gastos Inicial de los meses entre febrero a Septiembre de 2016, certificaciones de la radicación de la facturación mensual que reporta el Hospital, Se evidencia informe de un comité en excel de coordinación facturación Vs. Contabilidad del primer del mes de Septiembre firmado por el Contador y la jefe de facturación, se evidencia informe de Auditoría Médica enviado al Sr. Consejo con fecha de 18/11/2016 firmado por la jefe de facturación y la Técnico Operativo Auditoría Médica.	REPORTA	
10	FACTURACIÓN	5	5	0		0901	1. Pruebas selectivas al proceso de facturación para verificar la producción vs. la facturación de serenos.	1. Pruebas selectivas al proceso de facturación para verificar la producción vs. la facturación de serenos. 2. Capacitaciones con los médicos especialistas el correcto diligenciamiento de la historia clínica. 3. Capacitación y retroalimentación al talento humano del área de facturación. 4. Recurrir al sistema para la validación y trazabilidad de la facturación.	1. Se realiza auditoría a todas las cuentas por pagar y la prestadora administrativa donde hizo la intervención para dar solución a los hallazgos, se envía a los coordinadores se le difunden áreas los hallazgos. 2. Toda de capacitaciones para el año N.A. no se han podido realizar capacitaciones con los médicos especialistas durante el trimestre 3 capacitaciones a los médicos de urgencias y médicos generales del área hospitalaria. 3. Se realizó 7 capacitaciones al recurso humano del área y con las diferentes empresas responsables de pago. 4. Correos con los incidencias con el sistema se han corregido.	1. Se evidencia soporte de Presidencia administrativa trazabilidad en los meses de febrero a Diciembre de 2015. 2. En lo que respecta a las capacitaciones con los médicos no se evidencia soporte ya que el proceso refiere que no se han podido realizar estas capacitaciones. 3. Se evidencia acta de Capacitación con fecha del 03/12/2015, 28/09/2016, 12/09/2016 con el grupo de facturación. 4. No se evidencia soporte de correos enviados.	REPORTA	
11	FACTURACIÓN	5	5	0		0804	3. Servicio prestador no facturado.	1. Socializar los motivos de gastos a las diferentes áreas asistenciales. 2. Capacitar al recurso humano en temas de facturación de serenos de salud y cambios en la normativa vigente. 3. Realizar reporte diario (lunes a viernes) a trabajo social de usuarios sin línea de pago definida o con inconsistencias en el servicio de atención. 4. Generar reportes al área comercial de las inconsistencias en las condiciones contractuales y en la parametrización del mismo.	1. Socializar los motivos de gastos a las diferentes áreas asistenciales. 2. Capacitar al recurso humano en temas de facturación de serenos de salud y cambios en la normativa vigente. 3. Realizar reporte diario (lunes a viernes) a trabajo social de usuarios sin línea de pago definida o con inconsistencias en el servicio de atención. 4. Generar reportes al área comercial de las inconsistencias en las condiciones contractuales y en la parametrización del mismo.	1. Se evidencia soporte de actas de reunión con las siguientes fechas: 27/09/2015, 03/10/2016, y 28/10/2016. 2. Se evidencia soporte de listado de asistencia e capacitación, y se evidencia manual de capacitación por módulo. 3. Se evidencia correo enviado al área de trabajo social. 4. Se evidencia envíos correos al área comercial.	REPORTA	
12	FACTURACIÓN	5	5	0		0803	4. Servicios prestados y facturas no reconocidos por la entidad.	1. Socializar los motivos de gastos a las diferentes áreas asistenciales. 2. Capacitar al recurso humano en temas de facturación de serenos de salud y cambios en la normativa vigente. 3. Realizar reporte diario (lunes a viernes) a trabajo social de usuarios sin línea de pago definida o con inconsistencias en el servicio de atención. 4. Generar reportes al área comercial de las inconsistencias en las condiciones contractuales y en la parametrización del mismo.	1. Socializar los motivos de gastos a las diferentes áreas asistenciales. 2. Capacitar al recurso humano en temas de facturación de serenos de salud y cambios en la normativa vigente. 3. Realizar reporte diario (lunes a viernes) a trabajo social de usuarios sin línea de pago definida o con inconsistencias en el servicio de atención. 4. Generar reportes al área comercial de las inconsistencias en las condiciones contractuales y en la parametrización del mismo.	1. Se evidencia soporte de actas de reunión con las siguientes fechas: 27/09/2015, 03/10/2016, y 28/10/2016. 2. Se evidencia soporte de listado de asistencia e capacitación, y se evidencia manual de capacitación por módulo. 3. Se evidencia correo enviado al área de trabajo social. 4. Se evidencia envíos correos al área comercial.	REPORTA	

CODIGO	FECHA DE ELABORACION	TOTAL DE RIESGOS	NUM RIESGOS AL CONTROL AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE MARZO 31, 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES	
001	06/05/2015	3	2	1	33%	GA01	<p>1. Inoperancia en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Elaborar todos los procedimientos de las diferentes áreas que conformen el proceso de Gestión Administrativa. 2. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución. 3. Generar y validar reportes del inventario que brinden confiabilidad en la información. 4. Conciliar la información de inventarios con el módulo de contabilidad y dentro de los tiempos establecidos. 5. Socialización del código de ética. 6. Implementar el uso de las pizarras de código de barras para el control de inventario</p>	<p>1. El área de administración de inventarios -almacen con 1 procedimiento y 5 instructivos de los cuales se encuentran aprobados dos. 2. Del procedimiento administración de inventarios -almacen y sus instructivos, inventarios,almacen, bajas, caja menor y seguros; de estos cuatro se encuentran en desarrollo de actualización, toda vez que se encuentra en desarrollo del sistema de información. 3. Con la implementación de software Dinámica General no se ha generado ningún reporte; se ha solicitado a proveedor de este, los reportes que permitan obtener una información confiable, que sirva de base para la conciliación con los demás módulos. 4. No se han realizado conciliaciones, se espera respuesta por parte del proveedor del software para generación de reportes. 5. Durante el primer trimestre no hubo inclusión de personal nuevo. 6. Se encuentra realizando las pruebas para su implementación.</p>	<p>1. Oficina de control interno evidenció según información reportada por la Oficina de Planeación y Calidad en lo que respecta al avance de Gestión Documental del Proceso de Almacén en que el inventario se verifica que tienen 2 PROCEDIMIENTOS GA-PA-002 Y GA-PR-008 se encuentra en proceso de Aprobación, se tienen 4 INSTRUCTIVOS instructivos para la Administración de almacén-almacen, instructivo Administración de inventarios se encuentra en proceso de Aprobación, instructivo programa de seguros en proceso de aprobación, y por último instructivo para la baja de bienes también se encuentra aprobado, se observa que el proceso tiene 2 Formatos Aprobados GA-FR-085 Revisación Técnica y GA-FR-086 Formato de solicitud de Pedido. A corte 31 de Marzo 2017 se tiene un 50% aprobado de documentación del proceso de gestión documental.</p> <p>2. Se repite la observación del punto 1. 3. No se recibió soporte respectivo 4. No se evidenció soporte que muestre la seriedad al proveedor del software (correo electrónico u oficio) 5. e extensión acta de reunión con fecha del 16 de mayo de 2016 socializado el Código de ética con el grupo del proceso. 6. No se evidenció soporte de las respectivas pruebas.</p>	<p>1. No se evidenció avance de la acción.</p>	REPORTA	
						GA02	<p>2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Realizar inventarios electrónicos de elementos de consumos.</p>	<p>1. No se evidencia Observación por parte del proceso de Almacén.</p>	<p>1. No se evidenció avance de la acción.</p>			
						GA03	<p>3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Generar y validar reportes del inventario que brinden confiabilidad en la información. 2. Elaborar procedimiento para el manejo de la caja menor del hospital. 3. Socialización del código de ética al personal nuevo.</p>	<p>1. Con la implementación del software Dinámica General se ha solicitado al proveedor de este, los reportes que permitan obtener una información confiable, que sirva de base para la conciliación con los demás módulos. 2. Actividad en desarrollo. 3. Durante el primer trimestre no hubo inclusión de personal nuevo.</p>	<p>1. No se recibió soporte respectivo 2. No se evidenció soporte de avances 3. se evidenció acta de reunión con fecha del 16 de mayo de 2016 socializado el Código de ética con el grupo del proceso.</p>	<p>1. No se evidenció soporte respectivo 2. No se evidenció soporte de avances 3. se evidenció acta de reunión con fecha del 16 de mayo de 2016 socializado el Código de ética con el grupo del proceso.</p>	REPORTA	
						GA01	<p>1. Inoperancia en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios</p>	<p>1. Elaborar todos los procedimientos de las diferentes áreas que conformen el proceso de Gestión Administrativa. 2. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución. 3. Actualizar periódicamente la base de datos de proveedores. 4. Establecer encuestas de satisfacción a los proveedores para mejorar los canales de comunicación. 5. Socialización del código de ética al personal nuevo. 6. Realizar reunión con los diferentes supervisores de contratos.</p>	<p>1. El área de compras tiene los procedimientos elaborados. 2. No se ha iniciado el ajuste de los procedimientos toda vez que el módulo no ha sido entregado al área. 3. Se ingresaron al sistema de Dinámica que tiene un módulo para directorio se actualiza cuando ingresa un proveedor nuevo. 4. Esta en proceso de revisión la encuesta para la vigencia 2017. 5. Durante la presente vigencia no hay personal nuevo vinculado a área. 6. Se elaboró presentación esta pendiente según cronograma.</p>	<p>1. Se tiene el procedimiento PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE COMPRAS Aprobado, se recibió por parte de la Oficina de Planeación y Calidad el avance de la Gestión Documental con corte a Marzo del proceso de Compras donde se evidenció el avance del Procedimiento para la gestión de compras en un 100% de Aprobación. 2. Refiere el área de Compras que no se ha iniciado el ajuste de los procedimientos toda vez que el módulo no ha sido entregado al área. 3. Se evidencia panelizado soporte de directorio de los proveedores actualizado registrado en el nuevo software del hospital. 4. Según por lo informado del área se encuentra en proceso de revisión la encuesta para la vigencia 2017. 5. Socialización Código de ética Fecha 13/07/2016 con el grupo de compras, hasta la fecha no hay personal nuevo vinculado en el área. 6. No se evidencia en el momento cronograma de reunión con los supervisores de contratos.</p>	<p>1. Se tiene el procedimiento PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE COMPRAS Aprobado, se recibió por parte de la Oficina de Planeación y Calidad el avance de la Gestión Documental con corte a Marzo del proceso de Compras donde se evidenció el avance del Procedimiento para la gestión de compras en un 100% de Aprobación. 2. Refiere el área de Compras que no se ha iniciado el ajuste de los procedimientos toda vez que el módulo no ha sido entregado al área. 3. Se evidencia panelizado soporte de directorio de los proveedores actualizado registrado en el nuevo software del hospital. 4. Según por lo informado del área se encuentra en proceso de revisión la encuesta para la vigencia 2017. 5. Socialización Código de ética Fecha 13/07/2016 con el grupo de compras, hasta la fecha no hay personal nuevo vinculado en el área. 6. No se evidencia en el momento cronograma de reunión con los supervisores de contratos.</p>	REPORTA	
						GA02	<p>2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p>	<p>1. Ajustar el procedimiento para la adquisición de bienes y servicios (compra) conforme al nuevo sistema de información. 2. Verificar mediante lista de chequeos que el procedimiento para la compra y adquisición de bienes y servicios se cumple. 3. Validar que todos los contratos celebrados por el hospital sean elegidos en el SECOPI y el SMA OBSERVA según la normatividad vigente. 4. Incurrir en el contenido de las minutas lo referente al cumplimiento del SABLAF para el análisis de clientes.</p>	<p>1. El módulo de compras del nuevo software no ha sido entregado para ajustar el procedimiento. 2. Los contratos contienen la lista de chequeos esta verificada 3. Los contratos se cargan y se hace una validación en el sistema 4. Se programó reunión para el mes de abril con la oficina jurídica para definir el texto a incluir en la minuta.</p>	<p>1. No se evidenció el módulo de compra del nuevo software ya que no ha sido entregado al área para ajustar el procedimiento 2. La Oficina de Control interno evidenció soporte en el área de Compras 3. se evidenció soporte de la acción. 4. Refiere el proceso programar una reunión para el mes de Abril.</p>	<p>1. No se evidenció el módulo de compra del nuevo software ya que no ha sido entregado al área para ajustar el procedimiento 2. La Oficina de Control interno evidenció soporte en el área de Compras 3. se evidenció soporte de la acción. 4. Refiere el proceso programar una reunión para el mes de Abril.</p>	REPORTA	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE MARZO 31, 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SORTEOS
5	GESTIÓN AMBIENTAL Y SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICA	2	1	1	50%	GA03C	2. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios	1. Actualización de FICRIR. 2. Medición de adherencia de los procedimientos aprobados.	1. A 31 de marzo de 2017 no se tenía vinculada el profesional de ingeniero ambiental. 2. En desarrollo.	1. No se evidencia soporte por no tener vinculación del profesional de ingeniero ambiental con corte de Marzo 31 de 2017. 2. Con corte a 31 de Marzo de 2017, se tiene PROSOMA: 1: en revisión PROCEDIMIENTOS: 2: en revisión INSTRUMENTOS: 5: 1 aprobado, 1 en edición, 3 en proceso FORMATOS: 12: 10 autorizados, 3 en edición "no reportar" (La anterior información se obtuvo de la Oficina de Planeación y Ciudad)	REPORTA	
7	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	0	0	0	ND/N/DI	GF01C	Indecuada selección de la entidad financiera donde se depositan los recursos de la institución.	1. Elaborar el instructivo para el listado de portafolio de servicios. 2. Elaborar e instructivo para la apertura de cuentas bancaria.	1. En desarrollo 2. En desarrollo	1. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción. 2. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción. 3. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción. 4. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción. 5. Se evidencian correos solicitando apoyo a los líderes del Sistema Dinámica Gerencial con los problemas presentados en el módulo de costos.	NO REPORTA INFORMACION POR LO TANTO LA OFICINA DE CONTROL INTERNO NO REALIZO EVALUACION A CORTE DEL 31 DE MARZO DE 2017	
8	TESORERIA Y PAGADURIA	3	3	0		GF02C	Manejo inadecuado de los recursos	1. Elaborar instructivo para el manejo del efectivo. 2. Elaborar instructivo para el transporte y consignación en bancos de los dineros recaudados en caja. 3. Solicitar restablecimiento de cámaras en los puntos de recaudo y monitoreo de movimiento en tesorería. 4. Programar y realizar capacitaciones con el personal de hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. 5. Requerir a los proveedores de software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área.	1. En desarrollo 2. En desarrollo 3. En desarrollo 4. En desarrollo 5. En desarrollo, el indicador se crítico de los requerimientos relacionados con los inconvenientes presentados.	1. No se evidencia soporte de la acción, según lo manifestado por el líder del proceso se encuentra en desarrollo.	REPORTA	
						GF06	Incumplimiento de plazos de informes	1. Elaborar cronograma de informes internos y externos.	1. En desarrollo	1. No se evidencia soporte de la acción, según lo manifestado por el líder del proceso se encuentra en desarrollo.		
						GF03	1. Generación de información financiera no razonable	1. requerir información de costos especificando los plazos y la calidad de la información. 2. Realizar reporte de incumplimiento a los responsables de la información recaudada. 3. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. 4. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área.	1. En desarrollo. 2. En desarrollo. 3. En desarrollo. 4. En desarrollo.	1. No se evidencia circular que solicitan información de costos especificando plazos, sin embargo se evidencia que durante el primer trimestre se enviaron correos solicitando información a los diferentes procesos y servidores del hospital. 2. Se evidencian correos manifestando inconformidades y reclamos a los responsables de la información, además se evidencian correos solicitando apoyo a los líderes del sistema Dinámica Gerencial con los problemas presentados en el módulo de costos. 3. No se evidencian reportes por encontrarse en desarrollo refiere el área. 4. Se evidencian correos solicitando apoyo a los líderes del sistema Dinámica Gerencial con los problemas presentados en el módulo de costos.		

ITEM	PROCESO	TOTAL RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE MARZO 31 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES
9	COSTOS	3	3	0	100%	GR06	2. Incumplimiento de plazos de informes	1. Elaborar cronograma de informes internos y externos	1. En desarrollo	1. No se evidenció soporte de la acción, según lo manifestado por la líder del proceso, no se tiene del todo un cronograma de información	REPORTA	
						GR07	3. No contar con un sistema de costo como herramienta para la toma de decisiones	1. Actualizar los procedimientos e instructivos. 2. Realizar requerimiento a los responsables de cada área del reportado información con oportunidad y calidad. 3. Realizar reportes de información de costos por responsables. 4. Implementar el sistema de costos	1. En Desarrollo. 2. En desarrollo. 3. En Desarrollo. 4. Aún se encuentra en estado de implementación	1. Con corte a 31 de Marzo de 2017, se tienen PROCEDIMIENTO 1. Aprobado INSTRUCTIVO. 5. Todos aprobados FORMADOS: 1. Aprobado (La anterior información se obtuvo de la oficina de Planeación y Calidad) 2. Se evidencian correos durante el primer trimestre de 2017 requiriendo información con oportunidad. 3. Se evidencian correos durante el primer trimestre de 2017 Reportando inconformidades. 4. Se evidencian actas de reunión cuyo tema es socializar la implementación del sistema de costos, además se evidencian correos citando a los líderes de los procesos a la presentación de informe de sistema de costos.		
						GR03	1. Generar información financiera no razonable	1. Realizar reporte de información a los responsables de la información reportada. 2. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. 3. Recurrir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos de área.	1. Se anexa evidencia requerimiento 2. En Desarrollo. 3. Se anexa evidencia requerimientos.	1. Se evidencian correos de los meses febrero y marzo reportando la acción. 2. No se evidenció soporte de la acción por encontrarse en desarrollo refiere el área. 3. Se evidencian correos de los requerimientos del software de los meses febrero y marzo reportando la acción.		
10	PRESUPUESTO	4	4	0	100%	GR04	2. Ejecución presupuestal inadecuada	1. Realizar informe mensual de seguimiento a la ejecución de presupuesto	1. Se anexa copia de informe remitido aplicación a 30/03/2017 a la oficina de Control interno.	1. El oficio en mención es del mes de mayo, no se evidenció soporte mensual como lo indica la acción, la información con corte a 31 de marzo fue reportada en mayo.	REPORTA	
						GR05	3. Ejecución presupuestal errada	1. Seguimiento a los COP y alts registros presupuestales expedidos	1. Se anexa evidencia	1. El oficio en mención es de mes de Abril, la información con corte a 31 de marzo fue reportada en mayo.		
						GR06	4. Incumplimiento de plazos de informes	1. Elaborar cronograma de informes internos y externos	1. En desarrollo	1. No se evidenció soporte de la acción, según la líder del proceso se encuentran desarrollados porque por los mismos reportes que se envían a través de las plataformas chip, decreto 2133 entre otros.		
						VE01	1. In oportunidad en la identificación, análisis y gestión de los eventos y la información	1. Completar los procedimientos y/o instructivos del Área. 2. Ajustar los procedimientos e instructivos aprobados conforme a los cambios en el sistema de información 3. Revisar de las capacitaciones de las guías y protocolos programadas 4. Definir y socializar cronograma de reporte de entrega de información estadística.				
						VE02	2. Uso inadecuado de la información del área.	1. Ajustar acorde a la normativa vigente el cumplimiento de la gestión documental. 2. Completar los procedimientos y/o instructivos del Área.				
						VE03	3. Información generada no conforme con los criterios de calidad	1. Hacer seguimiento a los criterios de las infecciones asociadas a la atención en salud y de S.VIGILA 2. Monitoreo de adherencia de los protocolos de vigilancia epidemiológica e infecciones 3. Completar los procedimientos y/o instructivos del Área.	EL PROCESO REFIERE HACER LA RESPECTIVA AUTOEVALUACION DEL AREA DE EPIDEMIOLOGIA PARA EL CORTE DE JUNIO DE 2017 YA QUE EN EL PRIMER TRIMESTRE SE ENCONTRABA EN AJUSTES PARA LA EVALUACION DEL CORTE DE MARZO.	La Oficina de Control Interno No realizó la respectiva evaluación al proceso de Epidemiología por encontrarse para este corte de Marzo en Ajustes según refiere el área se espera para la próxima evaluación el primer semestre 2017.	REPORTA PERO SIN SOPORTES A LA FECHA DE LA EVALUACION DE MARZO PERO REFIERE EL AREA REALIZAR EL MR DEL SEMESTRE.	
						VE04	4. Incumplimiento a las acciones de control y prevención de los eventos de salud pública.	1. Mantener activa de los eventos vigila 2. Generar requerimiento por cumplimiento de acciones al responsable de área. 3. Conocer planes de mejora con base en los análisis de los eventos vigila. 4. Reportar a comité de vigilancia epidemiológica el resultado de las acciones no cumplidas.				

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL: INTERNO CORTE MARZO 31 2012	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SORPRESAS
13	GESTION COMERCIAL	4	4	0		CC01	1. Ventas de servicios de salud sin respaldo contractual con las EPS habilitadas en el departamento del Tolima.	1. Realizar reuniones de negociación con las EPS para definir acuerdos contractuales.	Se realizaron 4 reuniones de negociación en la cual se deja actu firmado se realiza un (1) contrato y dos (2) otro si.	Se evidencian actas de reunion y contratos de prestación de servicios con las diferentes EPS.	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SORPRESAS
						VE05	5. Trato deshumanizado en el servicio.	1. Socializar la política interna de humanización del servicio. 2. Socializar la directiva de la utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal. 3. Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos del personal idóneo al área.				
						CC02	2. No garantizar el flujo de recursos por ventas de servicios de salud.	1. Realizar informe trimestral de cartera. 2. Elaborar Cronograma de alivio de conciliación financiera y la gestión de cobro a las entidades con mayor venta. 3. Realizar acuerdos de pago con las entidades.	1. Se anexa informe trimestral de la cartera. 2. Se anexa soporte de cronograma de conciliación. 3. Se realizan conciliaciones financieras y se ejerce con el fin de depurar la Cartera y así realizar los acuerdos de pago con la entidades responsables de pago. (Adjunto Soportes)	1. Se evidencia informe trimestral 31/03/2012 2. Se evidencia cronograma de conciliaciones mes a mes con corte 31/03/2012 3. Se evidencian los respectivos soportes.		
						CC03	3. No elaborada el Plan de Mercadeo.	1. Elaborar cronograma de actividades para elaborar el plan de mercadeo. 2. Elaborar el proceso de mercadeo.	1. Se encuentra en proceso de ajuste de acuerdo a las observaciones realizadas por la oficina de Planeación. Se encuentran en verificación los formatos que hacen parte de este procedimiento con el fin de verificar si se van a utilizar los mismos, se van a actualizar o sustituir por otros. (Adjunto Soportes) 2. Esta actividad se encuentra programada para dar inicio en el mes de Agosto esperando que ya se encuentre aprobado este formato por la oficina de Planeación. (Adjunto Soportes)	1. Se evidencia que el Documento se encuentra en estado de ajustes según lo evidenciado por Gestión Documental a corte de Marzo. 2. Se evidencia formato cronograma de Actividades	REPORTA	
						CC04	4. No elaboración y difusión del Portafolio de Servicios.	1. Estructurar el procedimiento de Mercadeo. 2. Difundir el portafolio de servicios a las EPS habilitadas en el Depto.	1. Se encuentra en proceso de ajuste de acuerdo a las observaciones realizadas por la oficina de Planeación como se describe en el Item 5, para la ejecución del procedimiento se debe programar realización en el mes de Septiembre. 2. Se realiza trabajo de campo con cada una de las unidades funcionales con el fin de actualizar la información que contiene el portafolio. (Adjunto Soportes)	1. Se encuentra pendiente su ejecución. 2. Se evidencia copia del Portafolio de Servicios.		
						GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de servicios.	1. Elaborar todos los procedimientos e instrucciones de los diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión Administrativa. 2. Actualizar y actualizar los procedimientos e instrucciones conforme a la dinámica de la institución. 3. Asistir y aprobar el programa de gestión documental. 4. Implementar la 1 etapa del programa de gestión documental. 5. Socialización del código de ética al personal interno.	1. Se encuentra pendiente de realizar el instructivo de tablas de retención y el portafolio del plan de contingencia que se definió hacer por parte del Comité de Historia Clínica. 2. Se Realizó la actualización del instructivo del Manejo de registros Clínicos el cual se envió a la oficina de planeación para su revisión. 3. el documento se presenta al área de planeación y se está revisando con entre las áreas para su aprobación y desarrollo. 4. Se está realizando la encuesta documental por cada una de las oficinas que se compone el organigrama de la institución. 5. se realizar el mes de marzo la socialización del código de ética.	1. Retiene el Proceso, estar pendientes de realizar el instructivo de las Tablas de retención y el Instructivo de Plan de Contingencia. 2. La Oficina de Control Interno evidencia según lo informado por la Oficina de Planeación y Calidad en cuanto a la Gestión Documental el Instructivo Manejo de Registros Clínicos se encuentran para el corte de Marzo en estado de Aprobación. 3. Se evidencia el Documento en revisión en la Oficina de Planeación y Calidad. 4. La Oficina de Control Interno evidencia el trabajo generado con el proceso de Gestión Documental en cuanto a la encuesta documental por cada una de las áreas del Hospital. 5. Se evidencia copia de acta de socialización con fecha del 18/03/2012 con el grupo de Gestión Documental.		
						GA02	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	1. Establecer tabla de indicadores de seguimiento. 2. Elaborar instructivo plan de contingencia de la Historia Clínica.	1. Los indicadores de trabajo de la dependencia de Gestión Documental se estipularon mediante el POA. 2. Se encuentra en elaboración para presentar en el comité de Historia Clínica para su aprobación.	1. La Oficina de Control Interno evidencia los indicadores del área de Gestión Documental en la Evaluación realizada trimestralmente como lo es el POA. 2. La Oficina de Control Interno evidencia los indicadores de área de Gestión Documental en la Evaluación realizada trimestralmente como lo es el POA.	REPORTA	
14	GESTION DOCUMENTAL	3	2	1	33%						REPORTA	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM. RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE MARZO 31 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES
15	INTERNA MEDICA	3	1	2	67%	SI02C	1. Ocurrencia de eventos adversos e incidentales	1. Verificar el cumplimiento del plan de mantenimiento anual para los servicios de internación. 2. Reporte y seguimiento a los eventos adversos ocurridos por los registros errados.	1. Durante el periodo se han realizado rondas de seguridad en diferentes servicios de internación médica. 2. A la fecha se encuentra un avance del 77% de entrega de documentación de guías y protocolos médicos y de enfermería al área de calidad para su revisión y aprobación. De los cuales se encuentran Aprobados el 28,24%, Revisión 10,19%, Proceso 5,56%, Editado 15,76% y en Edición 17,13%. 3. Se realizó medición de adherencia de guías del servicio de Sala de Partos y Gineco Obstetricia, en cada uno de los meses del periodo. 4. Reporte realizado por la coordinadora de mantenimiento. 5. No se presentaron durante este periodo reporte de eventos adversos ocurridos por registros errados.	1. No se evidencia soporte de las rondas de seguridad. 2. Oficina de Control interno evidencia soporte de la acción. 3. No se evidencia soporte de la acción. 4. No se evidencia el reporte que cite en mención. 5. No se evidencia soporte.	REPORTA PERO SIN SOPORTES POR LO TANTO LA OFICINA DE CONTROL INTERNO NO EVALUA LA UNIDAD FUNCIONAL INTERNACION MEDICA CON CORTE A MARZO DE 2017.	
16	SALUD OCUPACIONAL	3	3	0		GA01C	1. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	1. Socializar la política interna de humanización del servicio. 2. Realizar requerimiento al programa de salud ocupacional para programar charlas para manejo de stress laboral. 3. Validar la medida de utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal.	1. La Oficina de Control interno evidencia soporte. 2. Pendiente 3. No se evidencia soporte de la acción. Pendiente	REPORTA		
						GA02C	2. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	1. Elaborar instructivo de auditoría para la implementación del sistema de seguridad y salud en el trabajo	1. El día 2 de mayo se envía programa de auditoría del S.G.S.S.T para revisión y ajustes y asignación de código de calidad. Se anexa documento. 2. El día 2 de mayo se envía a planeación y calidad los documentos para revisión, ajustes y asignación de código de calidad.	1. Pendiente el seguimiento ya que refiere el área enviar la información hasta el mes de Mayo. 2. Pendiente el seguimiento ya que refiere el área enviar la información hasta el mes de Mayo.		
						GA03C	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	1. Actualizar el plan hospitalario de emergencia	1. Este en revisión.	1. Oficina de Control interno evidencia que el Plan se encuentra Aprobado según información suministrada por el proceso de Planeación y calidad en la parte de Gestión Documental.		

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO: CONTI MARZO 31, 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES
17	MANTENIMIENTO	3	3	0		GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios	1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión Administrativa. 2. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución. 3. Socializar el Plan de mantenimiento anual.	1. Actualización instructivos 2. actualización instructivos 3. envío a todos los coordinadores de área	1. La Oficina de Control Interno evidencia según informador enviada por la Oficina de Planeación y Calidad en la parte de Gestión Documental el área de Mantenimiento tiene fecha la fecha de corte el Procedimiento En estado de Aprobación, algunos Formatos Aprobados y 1 Instructivo se encuentra en edición. 2. La Oficina de Control Interno evidencia según informador enviada por la Oficina de Planeación y Calidad en la parte de Gestión Documental el área de Mantenimiento tiene la fecha de corte el Procedimiento En estado de Aprobación, algunos Formatos Aprobados y 1 Instructivo se encuentra en edición. 3. No se evidencia soporte de la acción.	REPORTA	
18	PLANEACION	3	3	0		GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión Administrativa. 2. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución. 3. Socializar el Plan de mantenimiento anual.	1. Teniendo en cuenta las evaluaciones de los sistemas que se componen, Arrendo estado maestro de documentación SIG a marzo de 2017. 2. Se realizó requerimiento para la vinculación en la planta temporal del profesional en comunicaciones. Cargo que no fue sacado a convocatoria por el Hospital, a su vez requerimiento 3. En Desarrollo	1. Se evidencia soporte 2. Se evidencia soporte del requerimiento 3. Refiere el proceso estar para el corte de Marzo en desarrollo.	REPORTA	
19	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	2	2	0		GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión Administrativa. 2. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución. 3. Socializar el Plan de mantenimiento anual.	1. A 31 de marzo no se han realizado planes de mejoramiento teniendo en cuenta que no se han realizado autoevaluaciones en el sistema. 1. En desarrollo 2. No se evidencia Observación a esta acción.	1. A corte de la fecha de Marzo no se ha realizado Plan de Mejoramiento 1. El proceso refiere encontrarse en desarrollo el Plan de Comunicaciones. 2. No se evidencia soporte de acción.	REPORTA	

FECHA	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM. RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NÚMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DISPONIBILIDAD DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	ÁREA REPORTA INFORMACIÓN	NO REPORTA SOPORTES	
21	TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	3	2	1	33%	GA02	<p>1. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p>	<p>1. Actualizar el PSE y PCB (Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio) en el área de tecnología de información.</p> <p>2. Elaborar instructivo plan de contingencia de la Historia Clínica</p>	<p>1. No se evidencian Observaciones de esta acción con corte a Marzo</p> <p>2. No se evidencian Observaciones de esta acción con corte a Marzo</p>	<p>EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE MARZO 31 2017</p>		
						GA03C	<p>1. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p>	<p>1. Gestionar la adecuación de la infraestructura de servidores y cableado para soportar el sistema de información.</p> <p>2. Actualizar el PSE y PCB (Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio) en el área de tecnología de información.</p> <p>3. Actualizar todos los instructivos de sistemas de información.</p> <p>4. Implementación de la Historia Clínica electrónica.</p> <p>5. Socialización del código de ética al personal nuevo.</p>	<p>1. No se evidencian Observaciones de esta acción con corte a Marzo</p> <p>2. No se evidencian Observaciones de esta acción con corte a Marzo</p> <p>3. No se evidencian Observaciones de esta acción con corte a Marzo</p> <p>4. Informe de Avances del Proyecto</p> <p>5. No se evidencian Observaciones de esta acción con corte a Marzo</p>			
						SU01	<p>1. Inportunidad en la prestación del servicio.</p>	<p>1. Monitorear los registros en el sistema de información de la historia clínica electrónica.</p> <p>2. Participar de la mesa de trabajo de la Red de Urgencias de Municipio de tal manera que se facilite la atención de los usuarios dentro de la Red de Urgencias.</p> <p>3. Informar mensualmente con el análisis respectivo el comportamiento del indicador de porcentaje de ocupación en urgencias</p> <p>4. Gestionar los halagos identificados en el seguimiento a la implementación del sistema de información de la historia clínica electrónica</p>	<p>1. Se ha realizado dos informes a la fecha de seguimiento a mes de marzo, donde se ha determinado que el promedio de atención médica está en 76 minutos, esto dado por la alta demanda, como la meta es de 30 minutos, en promedio se están buscando estrategias para ir disminuyendo los tiempos hasta que se alcance la meta, lo que nos permitirá controlar este riesgo.</p> <p>2. Durante el primer trimestre no se programaron reuniones del Comité de Urgencias, esta se reactiva en Abril según la programación, por tal motivo no se ha podido desarrollar esta acción.</p> <p>3. Durante el primer trimestre de la presente vigencia se va generando, analizar y reportar el indicador de % ocupacional, el cual siempre ha superado el 120%, en parte por la disponibilidad de camillas de urgencias que es muy poca para a centros que tiene el servicio y por otro lado esta el comportamiento de las urgencias programadas de los</p> <p>4. Durante el proceso de implementación de la historia clínica se fortaleció el proceso de auditoría a los registros de historia en el sistema y se han venido desarrollando los ajustes respectivos, es una tarea que se va desarrollando a lo largo del año.</p>	<p>1. Se evidencia soporte en el Informe de Gestión del Primer Trimestre 2017.</p> <p>2. No se ha desarrollado esta acción ya que refiere el Área de Urgencias hasta el mes de Abril se realizarán reuniones sobre el tema.</p> <p>3. Se evidencia soporte en el Informe de Gestión del Primer Trimestre 2017.</p> <p>4. Refiere el Área de Urgencias fortalecer el proceso de Auditoría a los registros de la misma en el sistema.</p>		
						SU02	<p>1. Durante el proceso de atención se presentan acciones inseguras que permiten la presencia de eventos adversos</p>	<p>1. Realizar seguimiento a plan de mantenimiento anual.</p> <p>2. Realizar auditoría concurrente en el servicio con el fin de intervenir las estruccas prolongadas.</p> <p>3. Actualizar las guías y protocolos médicos de atención propia en la atención del servicio de urgencias.</p> <p>4. Hacer seguimiento al plan de compras institucional de tal manera que se garanticen los insumos necesarios durante el proceso de atención.</p>	<p>1. En el primer trimestre se han venido desarrollado actividades de mantenimiento preventivo en todo lo relacionado con los equipos biomédicos y el correctivo que se ha trabajado más es el tema de las camillas, que por su condición física se era un riesgo mayorizado para los usuarios, de igual manera para este trimestre se adquirieron cuatro camillas, que dan soporte a las necesidades institucionales y estas permitieron ir arreglando las que presentan problemas técnicos para su funcionamiento.</p> <p>2. Durante el primer trimestre se han venido realizando las auditorías concurrentes a través de un profesional de enfermería y se han venido corrigiendo con el fin de disminuir el riesgo de la historia clínica.</p> <p>3. El servicio tiene documentados la mayoría de protocolos y guías de atención médica, faltan algunas que están en construcción, pero es un trabajo que se viene desarrollando desde el año pasado.</p> <p>4. Se viene cumpliendo con el procedimiento de adquisición de elementos para el servicio a través del proceso de compras.</p>	<p>1. Se evidencia acción pero en el Área de Mantenimiento como soporte a la acción.</p> <p>2. Se evidencia soporte de la acción.</p> <p>3. La Oficina de Control Interno evidencia 7 Protocolos Aprobados 1 en proceso de Aprobación y otro en proceso de Revisión información suministrada por la Oficina de Planeación y Calidad en la parte de gestión documental con corte a mes de Marzo de 2017.</p>		
22	URGENCIAS	6	5	1		SU03	<p>1. Falta continuidad e integridad en la prestación del servicio durante el proceso de atención en urgencias</p>	<p>1. Socializar con el área de gestión comercial, las dificultades que se presentan con las diferentes EPS durante la atención en el servicio de urgencias.</p> <p>2. Informar mediante correo electrónico a la Superintendencia de Salud de los casos de inicio del trámite de ayuda diagnóstica, que el hospital no realiza o de la necesidad de ubicar al usuario en una IPS de mayor complejidad, si no oportunidad de respuesta a estas necesidades del usuario por parte de las EPS.</p>	<p>1. Desde el área de referencia se han realizado comunicaciones al área comercial, en lo relacionado con el problema de respuesta a los requerimientos generados durante el desarrollo del proceso.</p> <p>2. En el desarrollo del proceso de apoyo diagnóstico, se tiene definición del tema del reporte a la Superintendencia, no ha sido fácil, pues el volumen que se presenta en el área es muy alto, pero con los más relevantes se viene trabajando. Actualmente también se busca estrategias para dar cumplimiento a la acción propuesta.</p>	<p>1. No se evidencian soporte de la acción con corte al mes de Marzo.</p> <p>2. No se evidencian soporte de la acción con corte al mes de Marzo.</p>	<p>REPORTA</p>	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO COMITE MARZO 31 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES	
23	STEMA DE ATENCION AL USUARIO				33%	AU04	4. Ingreso al servicio usuarios que por la capacidad de su partida o por la capacidad instalada del servicio de urgencias no es posible atender.	1. Trabajar ante el OUIU, Supervisar y Procurar las citas encajadas en colegio primario por las diferentes IPS. 2. Gestionar a través de gestión comercial que las EPS entreguen al centro de referencia del hospital la RED de prestadores con los que tienen contratos.	1. Mensualmente se emite al comité la información de los códigos primarios enviado durante el mes al servicio de urgencias. 2. Tarea que está pendiente por realizar.	1. No se evidencia soporte de la acción con corte al mes de Marzo. 2. Refiere el área de urgencias encontrarse pendiente por realizar.			
						AU03	3. No realización de la interacción de trabajo social.	1. Elaborar el instructivo de atención de trabajo social y su formato. 2. Diligenciamiento de formato de actividades de trabajo social.	1. Evidencia realizar estas capacitaciones, pero el tema de implementación de la historia clínica el tiempo no ha dado para poder desarrollarlas más capacitaciones. 2. Se ha recibido muy pocas citas o matriculaciones en este trimestre y las acciones correctivas se realizaron de manera inmediata, entre ellas está la de priorizar el uso de camas y dispositivos portátiles durante el desarrollo de proceso de atención. 3. Tarea que no se ha comenzado a desarrollar. 4. Pendiente por realizar.	1. Refiere el área estar pendientes la realización de capacitaciones. 2. Las Oficinas de Control Interno evidencia que en el área de Urgencias se tiene lettere hablado a la prohibición de uso de dispositivos, portátiles, celulares durante el desarrollo del proceso de atención. 3. Refiere el área no se ha comenzado el desarrollo de código de ética. 4. Refiere el área estar pendiente por realizar.	1. La Oficina de Control Interno evidencia Documentación Aprobada por el área de Planeación y calidad en la parte de Gestión Documental en cuanto a instructivos, formatos, procedimientos, manuales. 2. No se evidencia soporte de la acción.		
						AU02	2. No aplicación de la encuesta de satisfacción.	1. Seguimiento al cronograma de aplicación de encuestas de satisfacción.	1. Se tiene de aplicación de las encuestas en este trimestre de 1150 Encuestas con un promedio de 356 encuestas distribuidas en los servicios de urgencias, hospitalización, unidades de cuidado intensivo, consulta externa de acuerdo a la metodología implementada de identificación de egresos por cada uno de los servicios anteriormente enunciados.	1. Se evidencia soporte de la acción.			
						AU01C	1. No gestionar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias dentro de los términos de ley.	1. Retirar por los medios existentes a cada líder de los servicios con quejas, los compromisos y términos de días para la contestación oportuna de las PQRS. 2. Ajustar el procedimiento de gestión de PQRS conforme a los cambios del sistema de información.	1. Se ha realizado seguimiento a los términos de respuesta por medio de correo electrónico y llamadas telefónicas, se identifica que el servicio administrativo y de apoyo a la atención. 2. No se ha realizado el ajuste de documento procedimiento RI-AU-001 tramite de peticiones, quejas reclamos sugerencias y felicitación.	1. Se evidencia soporte de la acción.			
						GA03C	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la educación prestación de los servicios.	1. Validar las novedades cargadas en la nómina sobre los soportes físicos registrados.	1. Tendido en cuenta que la revisión se realizó sobre la nómina impresa se adjunta copia de una nómina visada por talento humano, en avance trimestre.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción.	REPORTA		
						GA02	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la educación prestación de los servicios.	1. Seguimiento a las solicitudes de necesidades de superamientos de acuerdo a la situación administrativa.	1. Se adjunta copia de oficio de informes - avances implementación modulo de nómina.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción.			
						GA01	1. Inportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	1. Elaborar todos los procedimientos e instrucciones de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión administrativa. 2. Ajustar y actualizar los procedimientos e instrucciones conforme a la dinámica de la institución. 3. Socializar el código de ética al personal nuevo. 4. Realizar los requerimientos necesarios y le gestión del proyecto sistema de atención general de las deficiencias del modelo de nómina. 5. Definir la política para el término de entrega de novedades de nómina a reportar durante el mes.	1. 2. En desarrollo 3. Soporte archivado en la Historia Laboral del funcionario vinculado. Se adjunta copia de una socialización en avance trimestre. 4. Se adjunta copia de oficio de informes - avances y está realizada en reunión de avance del modulo de nómina y delegados de SYAC. 5. En desarrollo.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la Aprobación de los documentos de la Oficina de Recursos Humanos. 2. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la Aprobación de los documentos de la Oficina de Recursos Humanos. 3. Se evidencia soporte de la acción. 4. Se evidencia soporte de la acción. 5. El área de Recursos Humanos, refiere encontrarse en desarrollo.			
						SU06C	6. Faltas de humanos, equipo médico y material médico quirúrgico.	1. Documentar y solicitar replanteamiento interno del servicio de urgencias en donde se elabora la identificación de Cliente Interno y externo. 2. Capacitar al personal en la cultura de valores y principios institucionales.	1. Pendiente por realizar. 2. Pendiente por realizar.	1. Refiere el proceso estar pendiente por realizar. 2. Refiere el proceso estar pendiente por realizar.			
						SU05	5. Trato deshumanizado de pacientes y/o familiar por parte del personal que labora en urgencias.	1. Organizar capacitaciones de humanización en la atención. 2. Desarrollar acciones de mejoramiento derivados de las quejas e insatisfacciones de los usuarios por realizar con la EPS involucrada. 3. Desarrollar estrategias que faciliten la interacción del staff de ética. 4. Establecer estándares durante el desarrollo del proceso asistencial y administrativo para garantizar el proceso de atención con el usuario.	1. Evidencia realizar estas capacitaciones, pero el tema de implementación de la historia clínica el tiempo no ha dado para poder desarrollar más capacitaciones. 2. Se ha recibido muy pocas citas o matriculaciones en este trimestre y las acciones correctivas se realizaron de manera inmediata, entre ellas está la de priorizar el uso de camas y dispositivos portátiles durante el desarrollo de proceso de atención. 3. Tarea que no se ha comenzado a desarrollar. 4. Pendiente por realizar.	1. Refiere el área estar pendientes la realización de capacitaciones. 2. Las Oficinas de Control Interno evidencia que en el área de Urgencias se tiene lettere hablado a la prohibición de uso de dispositivos, portátiles, celulares durante el desarrollo del proceso de atención. 3. Refiere el área no se ha comenzado el desarrollo de código de ética. 4. Refiere el área estar pendiente por realizar.			
						24	TALENTO HUMANO						

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de Riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE MARZO 31 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES
SI		70	52	9	13	AU06	Trato deshumanizado en el servicio.	1. Elaborar y socializar e programa de humanización a los usuarios y grupos de interés. 2. Implementar la medición de adherencia del instructivo elaboración estudio socioeconómico del usuario.	1. se ha realizado un estado del arte de los programas realizados, por otros pp, es necesario contar con un equipo multidisciplinario desde la oficina de gestión de talento humano y planeación para poder hacer la elaboración del mismo. 2. Acuerdo al plan de mejoramiento de la vigencia 2015 y en aras de optimizar las gestiones administrativas se tiene adecuada comunicación con las siguientes entidades, bajo salud, comarca, criminal, ecopios, secretaria de salud, sissen, fidecomiso entre otras.	No se evidencian soportes de la Acción.		
		TOTAL	70	52	9	AU06	Falta de objetividad en el estudio y subeconómico del usuario diligenciado por trabajo social	1. Optimizar los canales de comunicación con las instituciones que permita obtener información veraz y oportuna.	1. no se ha realizado la implementación de la lista de chequeo del estudio socioeconómico. 2. Acuerdo al plan de mejoramiento de la vigencia 2015 y en aras de optimizar las gestiones administrativas se tiene adecuada comunicación con las siguientes entidades, bajo salud, comarca, criminal, ecopios, secretaria de salud, sissen, fidecomiso entre otras.	1. No se evidencian soporte de la Acción. 2. La Oficina de Control Interno evidencia gestiones que realiza la Funcional de área con respecto a la comunicación electrónica entidades de salud.		

Análisis:

TOTAL PLANES DE RIESGOS POR PROCESOS	70
RIESGOS CONTROLADOS	52
RIESGOS MATERIALIZADO	9
PORCENTAJE DE RIESGOS MATERIALIZADOS	
PORCENTAJE DE RIESGOS CONTROLADOS	

CONVENIONES PARA RIESGOS MATERIALIZADOS	
Entre 25% y 69%	Amarillo