

1004-OCI-036-2017



Ibagué, 15 de Septiembre del 2017

Doctora
INES BERNARDA LOAIZA GUERRA
Agente Especial Interventora
Hospital

09912

Abn
FEDERICO LLERAS ACOSTA
HOSPITAL

15 SEP 2017

CÓDIGO
BASE
APROBADO

ASUNTO: EVALUACIÓN MAPA DE RIESGOS PROCESOS SEGUNDO 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 **30 de Junio 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 II Trimestre de 2017 las siguientes áreas **NO** presentaron autoevaluación: Oficina Control Disciplinario Interno, servicio farmacéutico, Ambulatorios, Unidad Funcional de Quirúrgicos.

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: Diez (10) Hojas

CODIGO C-PR-001	FECHA DE ELABORACION: 08/05/2015		FECHA DE ELABORACION: 09/05/2015		FECHA DE ELABORACION: 09/05/2015		VERSION: 1	AGENCIA: DCS				
	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO			ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUADOR DE CONTROL INTERNO CORTE JUNIO 30 2017	AREA REPORTA INFORMACION
1	ADMINISTRACION DE INVENTARIOS Y ALMACEN	3	2	1	GA01	31%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios. 2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar todos los procedimientos 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. Generar y validar reportes de inventario que brinden confiabilidad en la información. 4. Realizar inventarios aleatorios de elementos de consumo conforme a los indicadores de rotación y de consumo. 5. Conciliar la información de inventarios con el módulo de contabilidad dentro de los tiempos establecidos. 6. Socialización del código de ética al personal nuevo. 7. Implementar el uso de las pizarras, código de barras para el control de inventario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El área de administración de inventarios -almacén cuenta con 1 procedimiento y 5 instructivos. Se encuentran aprobados el instructivo de las áreas y administración de almacén. Así mismo cuenta con la aprobación de los formatos, GA-FR-083 y 084, recepción técnica y solicitud de pedido respectivamente. 2. Del procedimiento administración de inventarios -almacén y sus instructivos, se encuentran aprobados e instructivo de baja y almacenar, pero está sujeto actualización al nuevo sistema de información. Por aprobación y actualización se encuentran pendientes, inventarios, baja menor y seguros. 3. Por parte del proveedor del software se ha venido ajustando la generación de reportes, como: compras, préstamos y cuenta fiscal. 4. Con la generación de reporte de cuenta fiscal el área de contabilidad realiza la conciliación. 5. En el área no habido ingreso de nuevo personal. 6. Se encuentra realizando las pruebas para su implementación. 7. En el segundo trimestre no se realizó inventario aleatorio a elementos de consumo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oficina de control interno evidencia según información reportada por la Oficina de Planeación y Calidad en lo que respecta al avance de Gestión Documental del Proceso de Almacén a Corte de mes de JUNIO se verifica que existen 2 PROCEDIMIENTOS, GA-PP-002 Y GA-PP-008 se encuentran en Proceso de Aprobación, se venen 4 INSTRUCTIVOS, instrucciones para la administración de almacén estado: Aprobado, Instrucción Administración de Inventarios se encuentra en proceso de Aprobación, Instrucción 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-083 Recepción Técnica y GA-FR-084 Formato de solicitud de Pedido. 2. Se realizó el observador del campo 1. 3. No se recibió soporte respectivo 4. No se evidencia soporte que muestre la solicitud a proveedor del software (correo electrónico u oficio) 5. Se evidencia acta de reunión con fecha del 16 de mayo de 2015 socializado el Código de ética con el grupo de Proceso. 6. No se evidencia soporte de los respectivos pruebas. 7. Se evidencia avance del soporte de la acción. 	REPORTA	
2					GA02		<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar inventarios aleatorios de elementos de consumo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el segundo trimestre no se realizó inventario aleatorio a elementos de consumo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Refiere el área no realizar inventario aleatorio de elementos de consumo para el segundo trimestre de 2017. 	REPORTA	
3					GA03C		<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar y validar reportes de 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con la generación del reporte de cuenta fiscal el área de contabilidad realiza la conciliación. 2. Activar en desarrollo. 3. Durante el primer trimestre no hubo inclusión de personal nuevo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se recibió soporte respectivo 2. Refiere el área encontrarse a actividad en desarrollo. 3. Se evidencia acta de reunión con fecha del 15 de mayo de 2016 socializado el Código de ética con el grupo del proceso. 	REPORTA	
4					GA01		<ol style="list-style-type: none"> 1. Inportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios 	<ol style="list-style-type: none"> 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. Actualizar periódicamente la base de datos de proveedores, mejorar los canales de comunicación. 4. Socialización del código de ética al personal nuevo. 5. Realizar reunión con los diferentes supervisores de contratos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El área de compras tiene el procedimiento aprobado y el manual de compras elaborado. 2. No se va iniciado el ajuste de los procedimientos toda vez que el módulo fue entregado para inicio de pruebas el 30 de junio, se va a socializar. 3. Se ingresaron al sistema de Dinámico que tiene un módulo para directorio se actualizó cuando ingresa un proveedor nuevo. 4. Este en proceso de revisión, la encuesta para a vigencia 2017, se anexa soporte. 5. Durante la presente vigencia no hay personal nuevo vinculado al área. 6. Se realizó capacitación a los supervisores en el comité administrativo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se tiene el procedimiento PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE COMPRAS Aprobado, se recibió por parte de la Oficina de Planeación y Calidad e avance de la Gestión Documental con corte a JUNIO del proceso de Compras donde se evidencia 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 portalizado 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, se anexa evidencia de encuesta. 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 soporte de la acción. 	REPORTA	
5					GA02C		<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajustar el procedimiento para la adquisición de bienes y servicios (compras) conforme al nuevo sistema de información. 2. Socialización del código de ética al personal nuevo. 3. Verificar mediante lista de chequeo que el procedimiento para la compra y adquisición de bienes y servicios se cumple. 4. Validar que todos los contratos celebrados por el hospital sean cargados en el SECOY y el SIA OBSERVA según la normatividad vigente. 5. Incluir en el contenido de las minutas lo referente al cumplimiento del SIA/IAF para el análisis de clientes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El módulo de compras del nuevo software no ha sido entregado para ajustar el procedimiento. 2. Durante la presente vigencia no hay personal nuevo vinculado al área. 3. Los contratos continúan en la lista de chequeo la cual se verifica si adjunta soporte de las listas de persona natural y persona jurídica. 4. Los contratos se cargan y se hace una validación en el sistema se lleva un control en excel se anexa soporte de los contratos subidos en el segundo trimestre. 5. Se incluye en todas las minutas de los distintos tipos de contratación el texto sobre SIA/IAF. Por parte del profesional de planeación Sr. Carlos Herrera se recibe capacitación sobre SIA/IAF. Al grupo de compras se anexa copia del acta de la capacitación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se evidencia el módulo de compras del nuevo software ya que no ha sido entregado al área para ajustar el procedimiento. 2. Socialización Código de ética Fecha 13/07/2016 con el grupo de compras, hasta la fecha no hay personal nuevo vinculado en el área. 3. La Oficina de Control interno evidenció soporte de lista de personal Natural y persona jurídica. 4. Se evidencia soporte de la acción. 5. Se evidencia soporte de acta con fecha del 08/05/2017. Tema Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de activos y financiación al terrorismo SIA/IAF. 	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 CONTI JUNIO 2017	AREA REPORTA INFORMACION	
4	DOCENCIA E INVESTIGACION	4	0	0	0	DO4	4. No implementador de la política institucional de innovación por un atraso de la adquisición de computadores en el sistema humano.	1. Gestionar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. 2. Seguir a los proveedores del software sobre los incumplimientos presentados en los módulos del área.	1. Se realizó la segunda socialización del sistema integrado de gestión, para el inicio de prácticas segundo semestre año 2017. 2. Se realizó la segunda revisión de cumplimiento a requisitos de la Ley de la Salud. 3. No se ha iniciado con esta actividad.	1. Se evidencia falta de asistencia a la inducción por los temas de los Procesos, Procedimientos, Instrucciones, Formatos. 2. No se evidencia el avance por estar trabajando el proceso en la actividad.	1. La Oficina de Control Interno evidencia la información suministrada por parte de la Oficina de Planeación y Ciudad en cuanto al avance de la Gestión Documental, los Procedimientos de la Ley de la Salud en estado de aprobación, de cuanto a la Caracterización del Proceso se encuentra en estado de Aprobación, los Formatos se encuentran todos aprobados, en cuanto los Manuales el proceso tiene 2 de los cuales 1 se encuentra en estado de aplicación, el otro ya está aprobado. 2. Mejor el área encuestarse en proceso esta acción.	REPORTA
3	FACTURACION	4	4	0	0	GF03C	2. Servicios prestados no facturados	1. Realizar pruebas selectivas a la facturación para validar producción/facturación. 2. Capacitar al personal médico y paramédico referente al procedimiento de facturación en el funcionamiento de la HC y los sistemas requeridos. 3. Capacitación y retroalimentación al talento humano del área de facturación. 4. Requerimientos al software para la validación y trazabilidad de la facturación.	1. Se han realizado 4 de 7 capacitaciones con el área de facturación. 2. Se avanza los actos rúbricas y requerimientos realizados. 3. Se avanza los actos y requerimientos realizados. 4. Se avanza los actos.	1. Se evidencia soporte de la acción el cual reposa en la Oficina de Control Interno. 2. Se evidencian las acciones de la acción.	1. Se evidencia soporte del informe en merced. 2. Se evidencia soporte de la acción en el área de facturación. 3. Se evidencia soporte del área de facturación. 4. Se evidencia soporte	REPORTA
2	FACTURACION	4	4	0	0	GF03C	3. Servicios prestados y facturados no reconocidos por la entidad	1. Socializar los medios de glosas a las diferentes áreas asistenciales. 2. Casar al recurso humano en temas de facturación de proveen de salud y cambio en la normalización de la HC. 3. Realizar recorte de buses a viernes y trabajo social de usuarios sin área de pago definida con consistencia en el servicio de internación. 4. Generar reportes a Gestión General de las inconsistencias presentadas en los conceptos y en la paratributación del mismo.	1. Se aviene copia de informe. 2. Se aviene copia de reunión. 3. Se aviene copia de los reportes mensuales realizados. 4. Se aviene los actos y requerimientos realizados.	1. Se evidencia soporte de la acción el cual reposa en la Oficina de Control Interno. 2. Se evidencian las acciones de la acción.	1. Se evidencia soporte del informe en merced. 2. Se evidencia soporte de la acción en el área de facturación. 3. Se evidencia soporte del área de facturación. 4. Se evidencia soporte	REPORTA
1	FACTURACION	4	4	0	0	GF10	4. Inoportunidad en los tiempos de facturación, cancelación y de auditoría de cuentas médicas.	1. Reportar a los responsables los hallazgos de paratributación, diligenciamiento y soporte incompleto de la HC médica. 2. Realizar seguimiento al análisis de retención de facturación de la factura a la cuenta en los términos definidos en el procedimiento. 3. Capacitar a los auxiliares administrativos de facturación y verificadores de derechos de los principales médicos de glosa, de producirse este otro.	1. Se aviene copia de los reportes (una muestra). 2. Se aviene copia de cuadro de radicación mensual y evidencia de motivo de no radicación. 3. Se aviene copia.	1. Se evidencia soporte de la acción el cual reposa en la Oficina de Control Interno. 2. Se evidencian las acciones de la acción.	REPORTA	
1	FACTURACION	4	4	0	0	GF01	1. Falta de oportunidad en el cumplimiento de las etapas procesales en las demandas y acciones de tutela.	1. Elaborar el instructivo para seguimiento a los procesos. 2. Requerir al administrador del sistema para que como tal, agregado se entregue el modelo de proceso judicial.	1. En proceso. 2. En proceso.	1. La Oficina de Control Interno evidencia la información suministrada por parte de la Oficina de Planeación y Ciudad en cuanto al avance de la Gestión Documental, los Procedimientos de la Ley de la Salud en estado de aprobación, de cuanto a la Caracterización del Proceso se encuentra en estado de Aprobación, los Formatos se encuentran todos aprobados, en cuanto los Manuales el proceso tiene 2 de los cuales 1 se encuentra en estado de aplicación, el otro ya está aprobado. 2. Mejor el área encuestarse en proceso esta acción.	REPORTA	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	Nº de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	NO REPORTA SOPORTES	AREA REPORTA INFORMACION
6	JURIDICA	3	3	0		G102	<p>1. falta de oportunidad en la asistencia y asesoría a las dependencias del hospital.</p> <p>2. falta de oportunidad en la implementación de la verificación única y del sistema de gestión documental.</p>	<p>1. Aplicar los controles existentes en la oficina jurídica del libro de seguimiento de solicitudes radicadas y el libro de control de ingreso y salida de información requeridos por la oficina de compra.</p> <p>2. Requerir a la gerencia para el análisis de viabilidad en la implementación de la verificación única y del sistema de gestión documental.</p>	<p>1. Se anexa copia del libro de control.</p> <p>2. En desarrollo.</p>	<p>1. Se evidencia soporte de la acción.</p> <p>2. Refiere el área de Jurídica encontrarse en desarrollo esta acción.</p>	REPORTA
7	JURIDICA	3	3	0		G103	<p>1. Ineficiencia en la gestión jurídica de asesorar, asistir y defender.</p>	<p>1. Elaborar los procedimientos de la oficina jurídica.</p> <p>2. Realizar inducción y reinducción en temas de supervisión.</p> <p>3. Realizar circuitos y/o cursos electrónicos informativos a las oficinas intervinientes en los procesos para la entrega oportuna de la información.</p> <p>4. Reportar para el libro de procesos disciplinarios, faltas y penales por incumplimiento reiterado de los requerimientos realizados por la oficina jurídica.</p> <p>5. Indicar en las minutas cláusula de prevención de suélti.</p> <p>6. Derivar como causal de terminación de los contratos el reporte de los contratistas en las bases de datos de los organismos establecidas por la superintendencia para el SARLAF.</p>	<p>1. Se encuentran documentados 2 (dos) juicios y 1 pendiente (asesoría jurídica).</p> <p>2. La oficina de Talento Humano para el primer semestre no ha programado inducción y reinducción.</p> <p>3. Se anexa copia de un requerimiento realizado.</p> <p>4. No se han presentado.</p> <p>5. Adjunto copia de correo enviado a la oficina de compras.</p> <p>6. En desarrollo.</p>	<p>1. La Oficina de Control Interno evidencia Información suministrada por parte de la Oficina de Planeación y Calidad en cuanto al avance de la Gestión Documental, los Procedimientos del Área de Jurídica se encuentran en estado de aprobación, en cuanto a la Caracterización del Proceso se encuentra en estado de Aprobación, los Formularios se encuentran todos aprobados, en cuanto los Manuales el proceso tiene 2 de los cuales se encuentran en estado de aprobación e otro ya está aprobado.</p> <p>2. El Proceso de Jurídica refiere que por parte de la Oficina de Talento Humano para el primer semestre no se ha programado inducción y reinducción.</p> <p>3. Se evidencia soporte de la acción.</p> <p>4. Refiere el área de Jurídica no se han presentado.</p> <p>5. Se evidencia copia del correo enviado por la oficina de Compras.</p> <p>6. La Oficina de Jurídica refiere encontrarse esta acción en desarrollo.</p>	REPORTA
8	TESORERIA Y PAGADURIA	4	4	0		G101C	<p>1. Inadecuada selección de entidad financiera donde se depositan los recursos de la institución.</p>	<p>1. Elaborar el instructivo para el análisis del portafolio de servicios.</p> <p>2. Elaborar el instructivo para la apertura de cuenta bancaria.</p>	<p>1. En Desarrollo.</p> <p>2. En Desarrollo.</p>	<p>1. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción.</p> <p>2. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción.</p>	REPORTA
9	TESORERIA Y PAGADURIA	4	4	0		G102C	<p>2. Manejo inadecuado de los recursos</p>	<p>1. Elaborar instructivo para el manejo del efectivo.</p> <p>2. Elaborar instructivo para el transporte y consignación en bancos de los dineros recaudados en caja.</p> <p>3. Solicitar instalación de cámaras en los puntos de recaudo y sensores de movimiento en tesorería.</p>	<p>1. En Desarrollo.</p> <p>2. En Desarrollo.</p> <p>3. Oficio 1203-TP0350 bajo radicado interno 05200 de mayo 18/2017 Juan Edgar Romero PI Gestión Ambiental y Acoyo logístico.</p>	<p>1. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción.</p> <p>2. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción.</p> <p>3. Se evidencia soporte de la acción.</p>	REPORTA
10	TESORERIA Y PAGADURIA	4	4	0		G103	<p>3. Generar información financiera no razonable</p>	<p>1. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera.</p> <p>2. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área.</p>	<p>1. En desarrollo.</p> <p>2. Si anexa evidencia requerimientos.</p>	<p>1. Refiere el área encontrarse en desarrollo la acción.</p> <p>2. La Oficina de Control Interno evidencia Requerimientos.</p>	REPORTA
11	TESORERIA Y PAGADURIA	4	4	0		G104	<p>4. Incumplimiento de plazos de informes</p>	<p>1. Elaborar cronograma de informes internos y externos.</p>	<p>1. En desarrollo.</p>	<p>1. No se evidencia soporte de la acción, según lo manifestado por la líder del proceso se encuentra en desarrollo.</p>	REPORTA
12	CONTABILIDAD	2	2	0		G101	<p>1. Generar información financiera no razonable</p>	<p>1. Realizar reporte de incumplimiento a los responsables de la información reportada.</p> <p>2. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera.</p> <p>3. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área.</p>	<p>1. Se anexa evidencias requerimientos</p> <p>2. En Desarrollo</p> <p>3. Se anexa evidencia requerimientos</p>	<p>1. Se evidencian correos manifestando incumplimientos 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.</p> <p>2. No se evidencia soporte por encontrarse en desarrollo refiere el área.</p> <p>3. Se evidencia soporte de la acción.</p>	REPORTA
13	CONTABILIDAD	2	2	0		G103	<p>2. Incumplimiento de plazos de informes</p>	<p>1. Elaborar cronograma de informes internos y externos</p>	<p>1. En desarrollo</p>	<p>1. Se evidencia cronograma de informes.</p>	REPORTA
14	CONTABILIDAD	2	2	0		G104	<p>1. Generación de información financiera no razonable</p>	<p>1. Realizar recircular para los diferentes responsables requiriendo información de costos especificando los plazos y la calidad de la información.</p> <p>2. Realizar reporte de incumplimiento a los responsables de la información reportada.</p> <p>3. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera.</p> <p>4. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área.</p>	<p>1. No se evidencian circulars solicitando información de costos especificando plazos, sin embargo se evidencia que durante el Segundo trimestre se evidencian correos solicitando información a los diferentes procesos y áreas del hospital.</p> <p>2. Se evidencian correos manifestando incumplimientos 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</p> <p>3. No se evidencia soporte por encontrarse en desarrollo refiere el área.</p> <p>4. Se evidencia soporte de la acción.</p>	<p>1. No se evidencia circulars solicitando información de costos especificando plazos, sin embargo se evidencia que durante el Segundo trimestre se evidencian correos solicitando información a los diferentes procesos y áreas del hospital.</p> <p>2. Se evidencian correos manifestando incumplimientos 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</p> <p>3. No se evidencia soporte por encontrarse en desarrollo refiere el área.</p> <p>4. Se evidencia soporte de la acción.</p>	REPORTA

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NÚMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGOS*	ACCIÓNES	DESV/ACCIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO COMITE JUNIO 30 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES
10	PRESUPUESTO	4	4	0		<p>GF06 1. Incumplimiento de plazos de informes</p> <p>GF07 1. No contar con un sistema de costo como herramienta para la toma de decisiones</p> <p>GF04 1. Manejador presupuestal inadecuada</p> <p>GF05 1. Ejecución presupuestal errada</p> <p>GF06 4. Incumplimiento de plazos de informes</p> <p>VE01 1. Importunidad en la identificación, análisis y gestión de los eventos y la información</p> <p>VE02 1. Uso inadecuado de la información del área.</p> <p>VE03 3. Información generada no conforme con los criterios de calidad</p> <p>VE04 4. Incumplimiento a las acciones de control y prevención de los eventos de salud pública</p> <p>VE05 1. Frazo deshumanizado en el servicio.</p>	<p>GF06 1. Elaborar cronograma de informes internos y externos</p> <p>GF07 1. Actualizar los procedimientos e instrucciones. 2. Realizar reclutamiento a los responsables de cada área del reporte de información con oportunidad y calidad. 3. Realizar reportes de información de información reportada por responsables. 4. Implementar el sistema de costos.</p> <p>GF04 1. Realizar reporte de información a los responsables de la información reportada. 2. Organizar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. 3. Requerir a los proveedores del software sobre los documentos presentados en los módulos del área.</p> <p>GF05 1. Seguimiento a los CDI y a los registros presupuestales expedidos.</p> <p>GF06 1. Elaborar cronograma de informes internos y externos.</p> <p>VE01 1. Completar los procedimientos y/o instructivo del área. 2. Quipar los procedimientos e instrucciones aprobados conforme a cambios en el sistema de información. 3. Participar de las capacitaciones de las guías y protocolos programadas. 4. Definir y validar cronograma de reporte de eventos de información específica.</p> <p>VE02 1. Ajustar acorde a la normativa vigente el cumplimiento de la gestión documental. 2. Completar los procedimientos y/o instructivo del área.</p> <p>VE03 1. Hacer seguimiento a los criterios de las infecciones asociadas a la atención en salud y del SIVIGIA 2. Medición de adherencia de los protocolos de vigilancia epidemiológica e infecciosas 3. Completar los procedimientos y/o instructivo del área.</p> <p>VE04 1. Medir la adherencia del instructor de vigilancia activa de los eventos sívigi. 2. Generar reclutamiento por cumplimiento de acciones al responsable del área. 3. Concertar planes de mejora con base en los análisis de los eventos sívigi. 4. Seguir al comité de vigilancia epidemiológica el resultado de las acciones no concluidas.</p> <p>VE05 1. Socializar la política interna de humanización del servicio 2. Socializar la estrategia de la utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal. 3. Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimo establecidos del personal adscrito al área.</p>	<p>GF06 1. En desarrollo.</p> <p>GF07 1. En desarrollo.</p> <p>GF04 1. Se anexa evidencia requerimientos. 2. En desarrollo. 3. Se anexa evidencia requerimientos.</p> <p>GF05 1. Se anexa copia de oficio remitiendo ejecución a 30062017 a la oficina de control interno.</p> <p>VE01 1. Se anexa evidencia.</p> <p>VE02 1. En desarrollo.</p> <p>VE03 1. Listado de los gerentes predecesores y sus instrucciones. 2. Listado de los procedimientos aprobados. 3. Capacitación SIVIGIA 2017 a cargo de la secretaria de salud municipal y asistencia al congreso internacional de microbiología. 4. Primer copia mensual de la información institucional, luego del análisis y consolidación se generan los informes por y cada indicaciones.</p> <p>VE04 1. Listado y método de la gestión documental. 2. Listado maestro de los procedimientos.</p> <p>VE05 1. Listas de evidencia y sus aplicaciones. 2. Planes de mejoramiento con las recomendaciones. 3. Socialización de los planes de mejoramiento. 4. Actas de los comités de vigilancia epidemiológica (CIVE) y de comité de primer semestre.</p>	<p>GF06 1. Se evidencia el Cronograma de informes.</p> <p>GF07 1. Con corte a 30 de junio de 2017, se tiene PROCEDIMIENTO 1. Aprobado. INSTALATIVO 5. Todos aprobados FOMINADOS. 14 aprobados (la anterior información se activo de la oficina de Planeación y calidad) 2. Informe el proceso de costos encuestas en desarrollo. 3. No se evidencia soporte por encontrarse en desarrollo referir e área. 4. Bander el proceso de costos aún se encuentran en estado de implementación.</p> <p>GF04 1. No se evidencian documentos solicitando información con costo especificando plazo, sin embargo se evidencia que durante el segundo trimestre se enviaron correos solicitando información a los diferentes procesos y servicios del hospital. 2. Se evidencian correos manifestando inconvenientes y recibidos a los responsables de la información, además se evidencian correos solicitando apoyo a los líderes del sistema de muestra gerencial con los problemas presentados en el módulo de costos. 3. No se evidencia soporte por encontrarse en desarrollo referir e área. 4. Se evidencian soporte de la acción.</p> <p>GF05 1. Se evidencia soporte de la acción.</p> <p>GF06 1. Se evidencia e Cronograma de informes.</p> <p>VE01 1 Y 2 La Oficina de Control interno evidencia soporte de la acción. 1 Y 2 La Oficina de Control interno evidencia soporte de la acción.</p> <p>VE02 1. No se evidencia soporte de la acción. 2. Se evidencia Oficio enviado a la Dra Sandra Lantini sobre Respuesta a Solicitud recibida por Correo Electrónico "Comparativo de indicadores de Calidad" pero no se evidencia la lista de chequeo como evidencia de la acción. 3. La Oficina de Control interno evidencia según informado por la Oficina Planeación, Ciudad en cuanto al área de Gestión Documental con corte al mes de junio se tiene lo siguiente: 1. Procedimientos Aprobados. Característica aprobados, formatos editados en proceso de Aprobación, Manuales 4 en los cuales 2 se encuentran en estado de aprobación, se tiene 3 instructivos pendientes por aprobación. 4. Se evidencia soporte de la acción.</p> <p>VE03 1. Se evidencia Oficio enviado a la Dra Sandra Lantini sobre Respuesta a Solicitud recibida por Correo Electrónico "Comparativo de Indicadores de Calidad" pero no se evidencia la lista de chequeo como evidencia de la acción.</p> <p>VE04 1. No se evidencia la política de humanización. 2 Y 3 No se evidencia soporte de las acciones (Fondos recibir por parte de esta Oficina soporte)</p>	<p>REPO</p> <p>REPORTA</p>	
11	PRESUPUESTO	4	4	0		<p>GF06 4. Incumplimiento de plazos de informes</p> <p>VE01 1. Importunidad en la identificación, análisis y gestión de los eventos y la información</p> <p>VE02 1. Uso inadecuado de la información del área.</p> <p>VE03 3. Información generada no conforme con los criterios de calidad</p> <p>VE04 4. Incumplimiento a las acciones de control y prevención de los eventos de salud pública</p> <p>VE05 1. Frazo deshumanizado en el servicio.</p>	<p>GF06 1. Elaborar cronograma de informes internos y externos.</p> <p>VE01 1. Completar los procedimientos y/o instructivo del área. 2. Quipar los procedimientos e instrucciones aprobados conforme a cambios en el sistema de información. 3. Participar de las capacitaciones de las guías y protocolos programadas. 4. Definir y validar cronograma de reporte de eventos de información específica.</p> <p>VE02 1. Ajustar acorde a la normativa vigente el cumplimiento de la gestión documental. 2. Completar los procedimientos y/o instructivo del área.</p> <p>VE03 1. Hacer seguimiento a los criterios de las infecciones asociadas a la atención en salud y del SIVIGIA 2. Medición de adherencia de los protocolos de vigilancia epidemiológica e infecciosas 3. Completar los procedimientos y/o instructivo del área.</p> <p>VE04 1. Medir la adherencia del instructor de vigilancia activa de los eventos sívigi. 2. Generar reclutamiento por cumplimiento de acciones al responsable del área. 3. Concertar planes de mejora con base en los análisis de los eventos sívigi. 4. Seguir al comité de vigilancia epidemiológica el resultado de las acciones no concluidas.</p> <p>VE05 1. Socializar la política interna de humanización del servicio 2. Socializar la estrategia de la utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal. 3. Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimo establecidos del personal adscrito al área.</p>	<p>GF06 1. En desarrollo.</p> <p>VE01 1. Listado de los gerentes predecesores y sus instrucciones. 2. Listado de los procedimientos aprobados. 3. Capacitación SIVIGIA 2017 a cargo de la secretaria de salud municipal y asistencia al congreso internacional de microbiología. 4. Primer copia mensual de la información institucional, luego del análisis y consolidación se generan los informes por y cada indicaciones.</p> <p>VE02 1. Listado y método de la gestión documental. 2. Listado maestro de los procedimientos.</p> <p>VE03 1. Listas de evidencia y sus aplicaciones. 2. Planes de mejoramiento con las recomendaciones. 3. Socialización de los planes de mejoramiento. 4. Actas de los comités de vigilancia epidemiológica (CIVE) y de comité de primer semestre.</p>	<p>GF06 1. Se evidencia el Cronograma de informes.</p> <p>VE01 1 Y 2 La Oficina de Control interno evidencia soporte de la acción. 1 Y 2 La Oficina de Control interno evidencia soporte de la acción.</p> <p>VE02 1. No se evidencia soporte de la acción. 2. Se evidencia Oficio enviado a la Dra Sandra Lantini sobre Respuesta a Solicitud recibida por Correo Electrónico "Comparativo de indicadores de Calidad" pero no se evidencia la lista de chequeo como evidencia de la acción. 3. La Oficina de Control interno evidencia según informado por la Oficina Planeación, Ciudad en cuanto al área de Gestión Documental con corte al mes de junio se tiene lo siguiente: 1. Procedimientos Aprobados. Característica aprobados, formatos editados en proceso de Aprobación, Manuales 4 en los cuales 2 se encuentran en estado de aprobación, se tiene 3 instructivos pendientes por aprobación. 4. Se evidencia soporte de la acción.</p> <p>VE03 1. Se evidencia Oficio enviado a la Dra Sandra Lantini sobre Respuesta a Solicitud recibida por Correo Electrónico "Comparativo de Indicadores de Calidad" pero no se evidencia la lista de chequeo como evidencia de la acción.</p> <p>VE04 1. No se evidencia la política de humanización. 2 Y 3 No se evidencia soporte de las acciones (Fondos recibir por parte de esta Oficina soporte)</p>	<p>REPORTA</p>	
12	EPIDEMIOLOGIA	5	5	0		<p>VE03 3. Información generada no conforme con los criterios de calidad</p> <p>VE04 4. Incumplimiento a las acciones de control y prevención de los eventos de salud pública</p> <p>VE05 1. Frazo deshumanizado en el servicio.</p>	<p>VE03 1. Hacer seguimiento a los criterios de las infecciones asociadas a la atención en salud y del SIVIGIA 2. Medición de adherencia de los protocolos de vigilancia epidemiológica e infecciosas 3. Completar los procedimientos y/o instructivo del área.</p> <p>VE04 1. Medir la adherencia del instructor de vigilancia activa de los eventos sívigi. 2. Generar reclutamiento por cumplimiento de acciones al responsable del área. 3. Concertar planes de mejora con base en los análisis de los eventos sívigi. 4. Seguir al comité de vigilancia epidemiológica el resultado de las acciones no concluidas.</p> <p>VE05 1. Socializar la política interna de humanización del servicio 2. Socializar la estrategia de la utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal. 3. Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimo establecidos del personal adscrito al área.</p>	<p>VE03 1. Listado de los gerentes predecesores y sus instrucciones. 2. Listado de los procedimientos aprobados. 3. Capacitación SIVIGIA 2017 a cargo de la secretaria de salud municipal y asistencia al congreso internacional de microbiología. 4. Primer copia mensual de la información institucional, luego del análisis y consolidación se generan los informes por y cada indicaciones.</p> <p>VE04 1. Listado y método de la gestión documental. 2. Listado maestro de los procedimientos.</p> <p>VE05 1. Listas de evidencia y sus aplicaciones. 2. Planes de mejoramiento con las recomendaciones. 3. Socialización de los planes de mejoramiento. 4. Actas de los comités de vigilancia epidemiológica (CIVE) y de comité de primer semestre.</p>	<p>VE03 1. Se evidencia Oficio enviado a la Dra Sandra Lantini sobre Respuesta a Solicitud recibida por Correo Electrónico "Comparativo de Indicadores de Calidad" pero no se evidencia la lista de chequeo como evidencia de la acción.</p> <p>VE04 1. No se evidencia la política de humanización. 2 Y 3 No se evidencia soporte de las acciones (Fondos recibir por parte de esta Oficina soporte)</p>	<p>REPORTA</p>	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS	NUM. RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% DE RIESGOS MATERIALIZADOS	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES
14	GESTION COMERCIAL	4	4	0		CC01	1. Verificar 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.	1. En TRIMESTRE: Se realizaron 4 reuniones de negociación en la cual se deja acta firmada, se realiza un (1) contrato y dos (2) otro sl. 200 TRIMESTRE: Se realiza acuerdo contractual con Positivo Compañía de Seguros.	Se evidencian actas de reunión y contratos de prestación de servicios con las diferentes EPS.	
						CC02	2. No garantizar el flujo de recursos por venta de servicios de salud.	1. Realizar informe trimestral de cartera. 2. Elaborar Cronograma de vista de conciliación financiera y/o gestión de cobro a las entidades con mejor venta. 3. Realizar acuerdos de pago con las entidades.	1. Se anexa informe del 2do Trimestre. 2. Se anexa cronograma de conciliación financiera y soporte de las mismas. 3. Se realiza acuerdo de pago con la Entidad Salud Vida Eps. Se realizan conciliaciones financieras y de citas con el fin de regular la Cartera y así realizar los acuerdos de pago con la entidades responsables de pago. (Adjunto Soportes)	1. Se evidencia informe trimestral de Cartera Junio de 2017. 2. Se evidencia cronograma de conciliaciones financieras de Junio de 2017. 3. Se evidencian los respectivos soportes.	
						CC03	3. No elaboración de Plan de Mercadeo.	1. Elaborar el procedimiento de Mercadeo. 2. Elaborar cronograma de actividades para elaborar e plan 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 ven a utilizar los mismos, se van a actualizar o suplir si sea el caso. (Adjunto Soportes). 2. Este 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 Junio. 2. Se evidencia Formato cronograma de Actividades	
						CC04	4. No elaboración y difusión del Portafolio de Servicios Dpto	1. Ejecutar el procedimiento de Mercadeo. 2. Difundir e portafolio de servicios a las EPS habilitadas en el Dpto	1. Se encuentra en proceso de ajuste de acuerdo a las observaciones realizadas por la oficina de Planeación como se describe en el ítem 5, para la ejecución del procedimiento se tiene programado realizarlo en el mes de Septiembre. 2. Se encuentra aprobado e Portafolio de servicios por parte de Planeación y la Agencia especial inventurera, se programa para el mes de Julio e Inicio de Agosto la difusión del mismo a las entidades habilitadas en el departamento del Tolima.	1. Se encuentra pendiente su ejecución según programación para el mes de setiembre según refiere el Proceso de Gestión Comercial y Cartera. 2. Se evidencia copia del Portafolio de Servicios Actualizado	
						GA01	1. Inportunidad 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. Ajustar y mejorar el programa de gestión documental. 4. Implementar la 1 etapa del programa de gestión documental. 5. Socialización del código de ética al personal nuevo.	1. Se encuentra pendiente de realizar el instructivo de tablas de retención y el instructivo de contingencia que se definió hacer por parte del comité de historia clínica. (Ej plan de contingencia de la historia clínica que se dio centro del instructivo de registros clínicos como un capítulo más, lo aprobo el 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, (se realizó otro vez el instructivo donde se le ingreso otro capítulo el cual es el plan de contingencia de la historia clínica) 3. El documento se presentó al área de planeación y se esta revisando entre las áreas para su aprobación y divulgación. 4. Se esta realizando la encuesta documental por cada una de las oficinas que se compone el programa de la institución. (total de encuestas=42, encuestados=20 y sin encuestar= 22) 5. Se realizó en el mes de marzo la socialización del código de ética.	1. Refiere el Proceso estar pendiente 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 encuentra para el corte de Junio en estado de Aprobación. 3. Se encuentra el Documento en revisión en la Oficina de Planeación y Calidad. 4. La Oficina de Control Interno evidencia el trabajo generado por el proceso de Gestión Documental en cuanto a la encuesta documental por cada una de las áreas de Hospital. 5. Se evidencia copia de acta de Socialización con fecha del 18/02/2017 con el grupo de Gestión Documental.	REPORTA
						GA02	2. Falta de puntualidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios	1. Establecer tabla de indicadores de requerimiento. 2. Elaborar instructivo plan de contingencia de la historia Clínica.	1. Los indicadores de trabajo de la dependencias de Gestión Documental se estipularon mediante el PMA. (Ej plan de contingencia que dio sujeto el instructivo de historia clínica como el capítulo 6 de mismo, el cual fue aprobado por el comité de historia clínica).	1. La Oficina de Control Interno evidencia los indicadores del área de Gestión Documental en la Evaluación realizada Trimestralmente como lo es PMA. 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 encuentra para el corte de Junio en estado de Aprobación.	REPORTA
						GA03	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios	1. Solicitar adecuación de infraestructura para la organización del archivo físico. 2. Establecer plan de emergencias del archivo físico. 3. Establecer política para la custodia del archivo 4. Gestionar y Elaborar la clasificación de la información conforme lo sombrero vigente 5. Socialización del código de ética al personal nuevo.	1. Se encuentra pendiente (se esta analizando) realizar la propuesta para contratar la organización y adecuación de las áreas de archivo 2. Se encuentra pendiente 3. Se encuentra pendiente 4. Se encuentra y llevo el formato de acta de información y de informador clasificada y reservada estan para presentar ante el comité de ley de transparencia. Se encuentra pendiente. 5.	1. Se encuentra pendiente refiere el área de Gestión Documental esta actividad estaba para corte de Junio de 2017. 2. Se encuentra pendiente refiere el área de Gestión Documental 3. Se encuentra pendiente refiere el área de Gestión Documental 4. Se encuentra pendiente refiere el área de Gestión Documental 5. Se evidencia copia del acta de socialización código de ética por parte del área.	REPORTA

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACIONES	OSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE JUNIO DE 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES		
15	INTERNACION MEDICA	3	1	2	67%	5102C	<p>1. Documentación de eventos adversos e incidentes.</p> <p>2. Ocurrencia de eventos adversos e incidentes.</p>	<p>1. Socializar la política interna de humanización del servicio.</p> <p>2. Realizar requerimiento al programa de salud ocupacional para programa curules para manejo de crisis bucal.</p> <p>3. Coordinar medidas de educación de cadáver y equipar de entrenamiento personal.</p>	<p>1. Durante el proceso se han realizado rondas de seguridad en diferentes servicios de internación médica.</p> <p>2. A la fecha se encuentra un avance del 75% de entrega de documentador de guías y protocolos médicos y de enfermería al área de calidad para su revisión y aprobación. De los cuales se encuentran aprobados el 46.39%, Remisión 7.54%, Puntos 9.13%, Edición 13.75% y en Edición 8.21%.</p> <p>3. Se realizó rondas de adherencia de guías del servicio de Sala de partos y Gineco Obstetricia, en cada uno de los meses del periodo. trimestre de 2017, por parte de auditores concurrentes.</p> <p>4. Reporte realizado por la coordinadora de manutención.</p> <p>5. No se presentaron durante este periodo reportes de eventos adversos ocurridos por registros errados.</p>	<p>1. Se realizó socialización con el grupo médico asistencial.</p> <p>2. No se ha realizado el requerimiento.</p> <p>3. Se ha realizado socialización con el grupo médico asistencial.</p>	<p>1. No se evidencia soporte de los índices de seguridad.</p> <p>2. La Oficina de Control Interno evidenció soporte de la acción.</p> <p>3. No se evidencia soporte de la acción.</p> <p>4. No se evidencia el reporte que dice en mención.</p> <p>5. Evidenciar el área que durante este periodo no se reportaron eventos adversos ocurridos por registros errados.</p>	REPORTA PERO SIN SOPORTES POR LO TANTO LA OFICINA DE CONTROL INTERNO NO EVALUO LA UNIDAD FUNCIONAL INTERNACION MEDICA CON CORTE A JUNIO DE 2017.	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES
16	SALUD OCUPACIONAL	3	3	0	0%	GA01	<p>1. Inopuntualidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión administrativa.</p> <p>2. Actualizar y socializar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución.</p>	<p>1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión administrativa.</p> <p>2. Actualizar y socializar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución.</p>	<p>1. Se realizó socialización con el grupo médico asistencial.</p> <p>2. No se ha realizado el requerimiento.</p> <p>3. Se ha realizado socialización con el grupo médico asistencial.</p>	<p>1. La Oficina de Control Interno evidenció el soporte por parte de la Oficina de Planeación y Calidad todo lo que respecta al avance de Gestión Documental del área evidenciando que los documentos se encuentran Aprobados por parte del área de Planeación.</p> <p>1 y 2 La Oficina de Control Interno evidenció el soporte por parte de la Oficina de Planeación y Calidad todo lo que respecta al avance de Gestión Documental del área evidenciando que los documentos se encuentran Aprobados por parte del área de Planeación.</p>	REPORTA	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES
						GA02	<p>2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión administrativa.</p> <p>2. Actualizar y socializar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución.</p>	<p>1. Se realizó socialización con el grupo médico asistencial.</p> <p>2. No se ha realizado el requerimiento.</p> <p>3. Se ha realizado socialización con el grupo médico asistencial.</p>	<p>1. La Oficina de Control Interno evidenció el soporte por parte de la Oficina de Planeación y Calidad todo lo que respecta al avance de Gestión Documental del área evidenciando que los documentos se encuentran Aprobados por parte del área de Planeación.</p>	REPORTA	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES	
						GA03	<p>3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión administrativa.</p> <p>2. Actualizar y socializar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución.</p>	<p>1. Se realizó socialización con el grupo médico asistencial.</p> <p>2. No se ha realizado el requerimiento.</p> <p>3. Se ha realizado socialización con el grupo médico asistencial.</p>	<p>1. La Oficina de Control Interno evidenció el soporte por parte de la Oficina de Planeación y Calidad todo lo que respecta al avance de Gestión Documental del área evidenciando que los documentos se encuentran Aprobados por parte del área de Planeación.</p>	REPORTA	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES	
						CA01	<p>1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión administrativa.</p> <p>2. Actualizar y socializar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución.</p>	<p>1. Se realizó socialización con el grupo médico asistencial.</p> <p>2. No se ha realizado el requerimiento.</p> <p>3. Se ha realizado socialización con el grupo médico asistencial.</p>	<p>1. La Oficina de Control Interno evidenció el soporte por parte de la Oficina de Planeación y Calidad todo lo que respecta al avance de Gestión Documental del área evidenciando que los documentos se encuentran Aprobados por parte del área de Planeación.</p>	REPORTA	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	N de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUADOR DE CONTROL INTERNO CORTE JUNIO 30 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES
17	MANTENIMIENTO	3	3	0		GA02	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	1. Elaborar reporte de mantenimiento para reprogramar preventivos no realizados por causas ajenas al área de mantenimiento (Factores aliados, equipos no encontrados)	1. Consolidado por mes.		REPORTA	NO REPORTA SOPORTES
						GA03C	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios	1. Gestionar capacitación con el proveedor del equipo biomédico al personal encargado de su operación. 2. Socialización del código de ética al personal nuevo.	1. Se adquirieron 2 equipos (ventiladores y monitores), se realizaron 2 capacitaciones a personal del área. 2. No ha sido necesario pues no ha ingresado personal nuevo.		REPORTA	
						PC01	1. No lograr el cumplimiento de los objetivos estratégicos.	1. Terminar de implementar el sistema integrado de gestión. 2. Gestionar la vinculación del personal requerido para la oficina. 3. Ajustar los procedimientos e instructivos aprobados en CAPE.	1. Teniendo en cuenta las evaluaciones de los sistemas que los comentarios. Anexo archivo avance de SIG del semestre 4 de 2017. 2. Se realizó requerimiento para la vinculación en la planta temporal de profesional en comunicaciones. Cargo que no fue suabado a convocatoria por el Hospital. Anexo requerimiento. 3. En Desarrollo	1. Se evidencia soporte 2. Se evidencia soporte del requerimiento 3. Refiere el proceso encontrarse en desarrollo.	REPORTA	
						PC02	2. No apoyar el cumplimiento de objetivos y metas de cada uno de los procesos.	1. Aplicar los controles existentes.	1. A corte de junio no se han realizado planes de mejoramiento teniendo en cuenta que no se han realizado autoevaluaciones en el sistema.	1. A corte de la fecha de junio no se ha realizado Plan de Mejoramiento refiere el Proceso de Planeación y Calidad.	REPORTA	
						PC03	3. No cumplimiento de la función asignada en la resolución 1802 de marzo de 2015 "Elaborar y diseñar el plan de comunicaciones de la entidad" y "desarrollar y coordinar la implementación del plan de comunicaciones del hospital"	1. Actualizar el Plan de Comunicaciones. 2. Desarrollar y Coordinar la implementación del Plan de Comunicaciones.	1. Documento emitido el 1 de junio de 2017. Anexo copia del Plan de Comunicaciones. 2. En Desarrollo.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte del Plan de Comunicaciones 2017. 2. La Oficina de Planeación y Calidad refiere encontrarse en desarrollo para su implementación.	REPORTA	
						PI01	1. Definir de forma incorrecta los lineamientos institucionales.	1. Revisión y ajuste de la metodología para la paración institucional en caso de requerirse.	1. No ha sido necesario pues no ha habido cambios normativos que lo requiera.	1. Según refiere el Proceso no ha sido necesario hacer cambios normativos.	REPORTA	
						PI02C	2. Inadecuado uso de poder en las decisiones institucionales.	1. Elaboración del Plan Anticorrupción del Hospital 2. Seguimiento de Plan Anticorrupción del Hospital	1. Elaborado y adoptado mediante Res 0186 del 26 de enero de 2017. Se encuentra publicado en la página web del hospital conforme normativa vigente. Anexo copia resolución. 2. Se elaboró la evaluación correspondiente al primer cuatrimestre de año, publicada en la página web del hospital en el link "transparencia y acceso a la información pública". Anexo copia del correo enviado a la oficina de Control Interno.	1. Se evidencia soporte de la acción. 2. Se evidencia soporte de la acción.	REPORTA	
						GA01	1. Inoperancia 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. Socialización del código de ética al personal nuevo. 4. Implementación de la Historia Clínica electrónica. 5. Implementar el uso de los probos de código de barras para el control de inventario.	1. Informe a junio de avance del Proyecto. 2. Se inscribió con 3 Enlaces de Citas y Una en Admisiones.	1 y 2 La Oficina de Control Interno evidencia soporte de Aprobación de todos los instructivos que conforman el área de Sistemas se a información. 3. Se evidencia informe de Supervisión. 4. La Oficina de Control Interno evidencia soporte del informe del avance del Proyecto.	REPORTA	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACORDOS	ORGANIZACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE JUNIO 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES		
21	TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	3	2	1	33%	GA02	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios	1. Actualizar el PIS y PCE Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio; en el área de tecnología de la información. 2. Elaborar instructivo plan de contingencia de la Historia Clínica.	ORGANIZACIONES	1. No se evidencia soporte de avance de la acción a corte de junio. 2. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la Acreditación de todos los instructivos que conforman el área de Sistemas de la Información.	REPORTA			
						GA03C	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios	1. Gestionar la adecuación de la infraestructura de servidores y cableado para soporte y sistema de información. 2. Actualizar el PIS y PCE Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio en el área de tecnología de la información. 3. Actualizar todos los instructivos de sistemas de información. 4. Implementación de la Historia Clínica electrónica. 5. Socialización del código de ética al personal nuevo.	ORGANIZACIONES	1. No se evidencia soporte de avance de la acción a corte de junio. 2. No se evidencia soporte del avance de la acción a corte de junio. 3. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la Acreditación de todos los instructivos que conforman el área de Sistemas de la Información. 4. Se evidencia informe de supervisión. 5. No se evidencia soporte de socialización con personal nuevo.	REPORTA			
						SU01	1. Importancia en la prestación del servicio.	1. Monitorear los registros en el sistema de información de la historia Clínica electrónica. 2. Realizar copia a mesa de trabajo de la base de urgencias del Municipio de tal manera que se facilite la radicación de los usuarios dentro de la Red de urgencias. 3. Informar mensualmente con el análisis respectivo el comportamiento del indicador de porcentaje de ocupación en urgencias. 4. Gestionar los trabajos identificados en el seguimiento a la implementación del sistema de información de la Historia Clínica electrónica. 5.	ORGANIZACIONES	1. Se han realizado cinco informes a la Junta de Asesoramiento al mes de junio, donde se ha determinado que el promedio de atención médica está en 36 minutos, como la meta es de 30 minutos en promedio se están haciendo estrategias para disminuir el tiempo para que se alcance la meta, lo que nos permite a cumplir con esta meta. 2. Para esta fecha se han realizado dos de las cuatro reuniones programadas para el año 2017, como de urgencias donde se ha realizado seguimiento, para seguir el objetivo propuesto. 3. Durante el mes anterior de la presente agenda se ha generado, validado y aprobado el indicador de % ocupación, el cual muestra un 200%, en parte por la disponibilidad de cambio de urgencias que es muy poco para la demanda que tiene el servicio y por otro lado está el comportamiento de los usuarios programados de los servicios de atención, aspecto que no afecta cuando de que manera el indicador mencionado que se en la nueva sede y apart de junio se va a ver el impacto de tal análisis de tal manera que se pueda mejorar el indicador mencionado a corto plazo. 4. Durante el proceso de implementación de la historia clínica se fundicó el proceso de auditoría a los registros de la misma en el sistema y se han estado disminuyendo los datos repetidos, en una zona que ya no produce ningún impacto social.	ORGANIZACIONES	1. Se evidencia soporte en el Informe de Gestión de Seguimiento Trimestre 2017. 2. Refiere el área de urgencias trabajar 7 de las 4 reuniones que se encontraban programadas para este año. 3. Se evidencia soporte en el Informe de Gestión de Seguimiento Trimestre 2017. 4. Refiere el área de Urgencias (en la sede) el proceso de Auditoría a los registros de la misma en el sistema.	REPORTA	
						SU02	2. Durante el proceso de atención se presentan acciones inseguras que permiten la presencia de eventos adversos.	1. Realizar seguimiento al plan de mantenimiento anual. 2. Realizar auditorías concurrentes en el servicio con el fin de intervenir las estadísticas programadas. 3. Actualizar las guías y protocolos médicos de atención propias en la atención del servicio de urgencias. 4. Hacer seguimiento al plan de acciones institucionales de tal manera que se garanticen los recursos necesarios durante el proceso de atención.	ORGANIZACIONES	1. En lo relacionado con el mantenimiento para este segundo trimestre, la información fue excelente se intervinieron y recuperaron el 100% de las cámaras, monitores y se planificó la adquisición de las cámaras y se intervinieron, se realizó el mantenimiento con los técnicos de la sede la Técnica. 2. Durante el mes de junio se realizó la auditoría concurrente haciendo énfasis en las estadísticas programadas y esto ha generado un impacto positivo tanto en la sede de urgencias como en las estadísticas de urgencias. 3. La documentación de protocolos y guías se mantuvo mejor y se socializaron, el de salud que son los que le corresponden documentar al servicio como tal. 4. Se viene cumpliendo con el procedimiento de adquisición de elementos para el servicio a través del Proceso de Compras, con el análisis de comercialización.	ORGANIZACIONES	1. Se evidencia acción por el área de Mantenimiento como soporte a la acción. 2. Se evidencia soporte de la acción. 3. La Oficina de Control Interno evidencia 7 Procesos Acreditados 1 en proceso de Acreditación y otro en proceso de Evaluación Informada sustentada por la Oficina de Planeación y Calidad en la parte de gestión documental con corte al mes de junio de 2017. 4. Refiere el área de Urgencias que se viene cumpliendo con el Procedimiento de adquisición de elementos para el servicio a través del Proceso de Compras.	REPORTA	
						SU03	3. Falta continuidad e integridad en la prestación del servicio durante el proceso de atención en urgencias.	1. Socializar con el área de gestión comercial, las dificultades que se presentan con los diferentes EPS durante la atención en el servicio de urgencias. 2. Informar mediante correo electrónico a la Superintendencia de Salud de los hechos de atención de urgencias, que el hospital no realiza o de la necesidad de hacer el traslado en una EPS de mayor capacidad, si no oportuno, de respuesta a estas necesidades del usuario por parte de los EPS.	ORGANIZACIONES	1. Decide el área de referencia se han realizado comunicaciones, al área comercial, en lo relacionado con el problema de acceso a los requerimientos generados durante el desarrollo del proceso. 2. En el desarrollo del proceso de apoyo al proceso, se tiene definido el tema del soporte a la Superintendencia, no la sede local, pues el volumen que se presenta en el área es muy alto, pero con las mismas, reuniones se se viene trabajando. Así como también hacer escritorios para dar cumplimiento a la acción propuesta.	ORGANIZACIONES	1. No se evidencia soporte de la acción con corte al mes de junio. 2. No se evidencia soporte de la acción con corte al mes de junio, pero refiere el área de Urgencias se tiene definido el tema de recurso a la Superintendencia.	REPORTA	
						SU04	4. Ingreso al servicio usuarios que por la complejidad de su patología por la capacidad instalada del servicio de urgencias no es posible atender.	1. Trabajar ante el COMITÉ Supervisor y Procuraduría los casos usuarios en código prioritario por las diferentes EPS. 2. Gestionar a través de gestión comercial con los EPS instancias al dentro de referencia de hospital a la FED de proveedores con los que tienen contratos.	ORGANIZACIONES	1. Actualmente se envía al comité la información de los códigos prioritarios enviados, a través del área de gestión de urgencias. 2. Ya se han venido gestionando con algunas EPS, esta pendiente la respuesta de las citas a las cuales se les solicitan.	ORGANIZACIONES	1. No se evidencia soporte de la acción con corte al mes de junio más sin embargo refiere el área comercial al Comité la información de los códigos prioritarios enviados. 2. Refiere el área de urgencias encontrarse pendiente la respuesta de las que se solicitan.	REPORTA	

INDICADOR	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MAJORIZADOS	% de riesgos MAJORIZADOS	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	DESEMPAÑADOS	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE JUNIO 30 2017	AREA REPORTA INFORMACION	NO REPORTA SOPORTES
25	ATENCION AL USUARIO	6	4	2	33%	GA03	<p>1. Faltas de continuidad en la prestación de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p> <p>2. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p> <p>3. Faltas de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p>	<p>1. Seguirle a las solicitudes de necesidades de supernumerarios de acuerdo a la situación administrativa.</p> <p>2. Validar la novedades cargadas en la nómina sobre los soportes físicos registrados.</p> <p>3. Socialización del código de ética al personal nuevo.</p> <p>4. Validar la novedades cargadas en la nómina sobre los soportes físicos registrados.</p>	<p>1. El 100% de las solicitudes de supernumerarios son revisadas por Gestión del Talento Humano. Si se consideran acorde a la normatividad legal vigente se deja un voto.</p> <p>2. Se tiene en cuenta que la revisión se realiza sobre la nómina impresa se adjunta copia de una nómina válida por talento humano, en avance trimestre.</p>	<p>1. La Oficina de Control interno evidencia soporte de la acción.</p> <p>2. La Oficina de Control interno evidencia soporte de las 2 acciones.</p>	REPORTA	
26	TALENTO HUMANO	3	3	0	0%	GA01	<p>1. Incorporación en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios</p> <p>2. Falta de continuidad en la prestación de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p> <p>3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p>	<p>1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de la administración.</p> <p>2. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución.</p> <p>3. Socialización del código de ética al personal nuevo.</p> <p>4. Realizar los requerimientos necesarios a la gerente del proyecto de sistema de fuerza gerencial de las oficinas del módulo de nómina.</p> <p>5. Denegar la póliza para el término de entrega de novedades de nómina a reportar durante el mes.</p>	<p>1. La Oficina de Control interno evidencia soporte de la aprobación de los documentos de la Oficina de Recursos Humanos.</p> <p>2. La Oficina de Control interno evidencia soporte de la aprobación de los documentos de la Oficina de Recursos Humanos.</p> <p>3. Se evidencia soporte de la acción.</p> <p>4. Se evidencia soporte de la acción.</p> <p>5. El área de Recursos Humanos refiere encontrarse en desarrollo.</p>	<p>1. La Oficina de Control interno evidencia soporte de la acción.</p> <p>2. La Oficina de Control interno evidencia soporte de las 2 acciones.</p>	REPORTA	
27	ATENCION AL USUARIO	6	4	2	33%	GA03	<p>1. Faltas de continuidad en la prestación de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p> <p>2. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p> <p>3. Faltas de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p>	<p>1. Seguirle a las solicitudes de necesidades de supernumerarios de acuerdo a la situación administrativa.</p> <p>2. Validar la novedades cargadas en la nómina sobre los soportes físicos registrados.</p> <p>3. Socialización del código de ética al personal nuevo.</p> <p>4. Validar la novedades cargadas en la nómina sobre los soportes físicos registrados.</p>	<p>1. El 100% de las solicitudes de supernumerarios son revisadas por Gestión del Talento Humano. Si se consideran acorde a la normatividad legal vigente se deja un voto.</p> <p>2. Se tiene en cuenta que la revisión se realiza sobre la nómina impresa se adjunta copia de una nómina válida por talento humano, en avance trimestre.</p>	<p>1. La Oficina de Control interno evidencia soporte de la acción.</p> <p>2. La Oficina de Control interno evidencia soporte de las 2 acciones.</p>	REPORTA	
28	ATENCION AL USUARIO	6	4	2	33%	GA03	<p>1. Faltas de continuidad en la prestación de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p> <p>2. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p> <p>3. Faltas de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios</p>	<p>1. Seguirle a las solicitudes de necesidades de supernumerarios de acuerdo a la situación administrativa.</p> <p>2. Validar la novedades cargadas en la nómina sobre los soportes físicos registrados.</p> <p>3. Socialización del código de ética al personal nuevo.</p> <p>4. Validar la novedades cargadas en la nómina sobre los soportes físicos registrados.</p>	<p>1. El 100% de las solicitudes de supernumerarios son revisadas por Gestión del Talento Humano. Si se consideran acorde a la normatividad legal vigente se deja un voto.</p> <p>2. Se tiene en cuenta que la revisión se realiza sobre la nómina impresa se adjunta copia de una nómina válida por talento humano, en avance trimestre.</p>	<p>1. La Oficina de Control interno evidencia soporte de la acción.</p> <p>2. La Oficina de Control interno evidencia soporte de las 2 acciones.</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	CONSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CONT. SEME 30 2017	AREA REPORTA INFORMACION
	SISTEMA DE A					AU040	4. Desconocimiento por parte de sus pacientes y familiares de los derechos y deberes de los usuarios	1. Implementar la medición de adherencia del instructivo de divulgación de derechos y deberes a los usuarios. 2. Capacitación en redacción y redacción al personal del hospital	1. No se ha realizado la medición de la adherencia del instructivo de divulgación en derechos y deberes. 2. No han sido programadas las capacitaciones de atención y redacción del hospital.	No se evidencian soportes de la Acción.	NO REPORTA SOPORTES
						AU041	5. Tratamiento no actualizado en el servicio.	1. Elaborar y socializar el programa de humanización a los usuarios y tipos de iniecciones.	1. Se ha realizado un estudio del arte de los programas realizados por otros Iqu, es necesario contar con un equipo multidisciplinario desde la oficina de talento humano y planeación para poder hacer la elaboración del mismo.	No se evidencian soportes de la Acción.	
						AU042	6. Falta de objetividad en el estudio socioeconómico de usuario diligenciado por trabajo social	1. Implementar la medición de adherencia del instructivo elaborador estudio socioeconómico de usuarios. 2. Ordenar 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. De acuerdo al plan de mejoramiento de la vigencia 2017 y en el caso de organizar las gestiones administrativas se debe educar y comunicar con las siguientes entidades: PISO salud, compañía, cafetalero, ecoprox, secretaria de salud, siber, fidecomiso entre otras.	1. No se evidencian soportes de la Acción. 2. La Oficina de Control Interno evidencia gestiones que respalda la fundamentación del área con respecto a la comunicación ejercida entidades de salud.	
TOTAL		75	62	9							12

elaboró:

TOTAL PLANES DE RIESGOS POR PROCESOS	75
RIESGOS CONTROLADOS	62
RIESGOS MATERIALIZADOS	9
PORCENTAJE DE RIESGOS MATERIALIZADOS	
PORCENTAJE DE RIESGOS CONTROLADOS	



CONVENCIÓN PARA RIESGOS MATERIALIZADOS	
Entre 20% y 60%	Amarillo