

1004-OCI-072-2017



Ibagué, 27 de Diciembre del 2017

Doctora
INES BERNARDA LOAIZA GUERRA
Agente Especial Interventora
Hospital

14352

No. 14352
HOSPITAL **Federico Lleras Acosta**

27 DIC 2017

CÓDIGO _____
PARA _____
ATENCIÓN _____

4:30

ASUNTO: EVALUACIÓN MAPA DE RIESGOS PROCESOS TERCER 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 Septiembre 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 III Trimestre de 2017 las siguientes áreas NO presentaron autoevaluación: Unidad Funcional de Quirúrgicos y Jurídica.

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: CIPR-001	FECHA DE ELABORACION: 09/05/2015	FECHA DE ELABORACION: 09/03/2016	VERSION: 1	PAGINA: 3 DE 3							
ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM CONTROLES AL 100%	MATERIALIZADOS	NUM DE RIESGOS MATERIALIZADOS	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	REPORTA	
1	ADMINISTRACION DE INVENTARIOS Y ALMACEN	3	2	1	33%	GA01	<p>1. Inportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.</p> <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 instrucciones de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión Administrativa.</p> <p>2. Actualizar y socializar los procedimientos e instrucciones conforme a la dinámica de la institución.</p> <p>3. Generar y validar reportes del inventario que brinden confiabilidad en la información.</p> <p>4. Realizar inventarios aleatorios de elementos de consumo conforme a los indicadores de rotación y de consumo.</p> <p>5. Corroborar la información de inventarios con el módulo de contabilidad y dentro de los tiempos establecidos.</p> <p>6. Socialización del código de ética al personal nuevo.</p> <p>7. Implementar el uso de las pletas de código de barras para el control de inventario.</p>	<p>1. Durante este tercer trimestre fueron aprobados dos procedimientos para gestión de almacén y para la gestión de inventarios.</p> <p>2. Durante este trimestre fueron aprobados los procedimientos para gestión de almacén y para la gestión de inventarios.</p> <p>3. Por parte del proveedor del software se ha venido ajustando la generación de reportes, como compras, próximos y cuenta fiscal.</p> <p>4. Se verifican las estimaciones físicas contra el sistema.</p> <p>5. Con la generación del reporte de cuenta fiscal el área de contabilidad notaba la conciliación.</p> <p>6. El área continúa en nuevos ingresos de personal.</p> <p>7. Continúan las pruebas para su implementación.</p>	<p>1. La 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 del mes de Septiembre se verifica que tienen los documentos en su totalidad aprobados Procedimientos, Formatos e Instrucciones.</p> <p>2. Se repite la observación del punto 1.</p> <p>3. No se recibió soporte respectivo</p> <p>4. Se evidencia soporte con Circular</p> <p>5. Se evidencia acta de reunión con fecha del 15 de mayo de 2016 socializado el Código de ética con el grupo del Proceso.</p> <p>6. No se evidencia soporte de las respectivas pruebas.</p> <p>7. Se evidencia avance del soporte de la acción.</p>	REPORTA
2	COMPRA	2	2	0	0%	GA02	<p>1. Inportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Generar y validar reportes del inventario que brinden confiabilidad en la información.</p> <p>2. Elaborar procedimiento para el manejo de la caja menor del hospital.</p> <p>3. Socialización del código de ética al personal nuevo.</p>	<p>1. No se realizó inventario aleatorio a elementos de consumo.</p>	<p>1. Refiere el área no realizar inventario aleatorio de elementos de consumo para el Tercer trimestre de 2017.</p> <p>2. Refiere el área encontrarse la actividad en desarrollo.</p> <p>3. Se evidencia acta de reunión con fecha del 16 de mayo de 2016 socializado el Código de ética con el grupo del Proceso.</p>	REPORTA
3	INVESTIGACION	4	0	0	0%	GA03	<p>1. Inportunidad en la gestión de los recursos para garantizar 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>1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión Administrativa.</p> <p>2. Actualizar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución.</p> <p>3. Actualizar periódicamente la base de datos de proveedores.</p> <p>4. Establecer encuestas de satisfacción a los proveedores para mejorar los canales de comunicación.</p> <p>5. Socialización del código de ética al personal nuevo.</p> <p>6. Realizar reunión con los diferentes supervisores de contratos.</p>	<p>1. El área de compras: con el procedimiento aprobado y el manual de compras aprobados.</p> <p>2. Se dio inicio al ajuste de los procedimientos de acuerdo al Software dinámica.</p> <p>3. Se ingresaron al sistema de bitárica que tiene un módulo para dirección se actualiza cuando ingresa un proveedor nuevo.</p> <p>4. Se estableció la encuesta y se aplicó se anexa soporte.</p> <p>5. Durante la presente vigencia no hay personal nuevo vinculado al área.</p> <p>6. Se realizó reunión con los coordinadores de área acta.</p>	<p>1. Se tiene el PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE COMPRAS Aprobado, se recibió por parte de la Oficina de Planeación y Calidad el marco de la Gestión Documental, con corte a Septiembre del proceso de Compra donde se evidencia el avance del procedimiento para la gestión de compras en un 100% de Aprobación junto con el MANUAL DE COMPRAS.</p> <p>2. Se evidencia soporte con acta de asistencia a capacitación al inicio Producción de módulo de Compra y Contratación con fechas del mes de Agosto y Septiembre de 2017. El Procedimiento se encuentra Aprobado</p> <p>3. Se evidencia el respectivo soporte se actualizó periódicamente la base de datos de los proveedores.</p> <p>4. Se evidencia encuesta de encuesta Se evidencia soporte de la encuesta realizadas a los Proveedores tales como: BLACON, COLQUIMICOS, SOTRUCOLIMICOS, FEPAPAL, UH, MACROSERVICI.</p> <p>5. Socialización Código de ética fecha 13/07/2016 con el grupo de compra, hasta la fecha no hay personal nuevo vinculado en el área.</p> <p>6. Se evidencia acta de reunión.</p>	REPORTA
4						GA07	<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.</p>	<p>1. Se evidencia aprobado el Procedimiento de Compras.</p>		
5						GA03C	<p>3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Aplicar el procedimiento para análisis de clientes</p>	<p>No se evidencia evaluación a corte Septiembre de 2017</p>		
						ID01	<p>1. Incumplimiento de la normativa vigente como centro de práctica.</p>	<p>1. Socializar los procedimientos del área.</p>	<p>1. La oficina de Control interno evidencia socialización con fecha del 29/09/2017 sobre los temas de Procesos, Procedimientos, Instrucciones, Formatos, Proceso de Investigación, además se evidencia que por parte de la Oficina de Planeación y Calidad en cuanto al avance de Gestión Documental existe un 100% de Documentos Aprobados por parte del Proceso de Docencia e Investigación.</p>	REPORTA	
						1002	<p>2. Incumplimiento de la normativa vigente para la realización de investigaciones.</p>	<p>2. Actualizar el reglamento de investigaciones.</p>	<p>1. Se realizó la tercera socialización del sistema integrado de Gestión, para el inicio de prácticas según semestre año 2017.</p> <p>2. Se envió la propuesta del nuevo reglamento de Investigación para revisión de comité de Investigación.</p>		

ITEM	PROCESO	DOCIENCIA	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBJETIVOS	EVALUACION DE CONTROL INTERNO COMIT. ESP. BAHIAE 30/2017	AREA REPORTA INFORMACION		
2	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO		0	0	0	0%	CO02C	2. Trámite no oportuno a todos los procesos disciplinarios.			1. Se realiza un plan de configuración para tener el resguardo de procesos de quejas anteriores. 2. Implementar el incremento de personal para proceso de denuncia y control de términos de los procesos disciplinarios.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de haber realizado el empaque para establecer las condiciones del área en el momento en que se recibe dicho informe fue enviado por vía correo electrónica con radicado 0003-CO01-0003 del 17 de Julio de 2017. 2. Se realizó la contratación de dos jueces por medio de prescripción de servicio con fecha de aplicación del 24 de julio de 2017, los cuales van apoyando a dicha, en el proceso.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de haber realizado el empaque para establecer las condiciones del área en el momento en que se recibe dicho informe fue enviado por vía correo electrónica con radicado 0003-CO01-0003 del 17 de Julio de 2017. 2. Se realizó la contratación de dos jueces por medio de prescripción de servicio con fecha de aplicación del 24 de julio de 2017, los cuales van apoyando a dicha, en el proceso.	REPORTA
5	GESTIÓN AMBIENTAL Y SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICA		2	2	0	0%	GA03C	2. La falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	1. Actualización de FICHER. 2. Adhesión de adherencia de los procedimientos aprobados.	1. Durante el segundo trimestre se vinculó a través de la AEL, ADA, Colabata y la Profesional "Agencia Ambiental" para la elaboración del documento, se anexa copia de entrega de la documentación pendiente a actualizar a versión 2017. 2. En desarrollo.	1. Se evidencia soporte de correo de sobre con fecha del 12 de Julio de 2017. Modificación tabla de procesos disciplinarios. 2. Se evidencia el Procedimiento del área aprobado según información suministrada por la Oficina de Prevención Ciudad. 3. Se evidencia soporte de asistencia de Fundación en el que participa el proceso.	1. Se evidencia soporte de Documento del Plan de Gestión de Recursos guardado en la atención en tabla y otros actividades FICHER (La Oficina de Control Interno evidencia documento pero no se encuentran con sus debidas firmas. 2. Con corre a 30 de septiembre de 2017, se anexa PROGRAMAS, 1 en relación PROCEDIMIENTO: 2 en revisión RESTRUCTIVO: 3 2 aprobados, 1 en edición, FORMAS: 12 aprobados, 1 Manual Aprobado (1 a tener información de obtención de la Oficina de Prevención y Calidad).	REPORTA	
4	FACTURACIÓN		4	4	0	0%	GF10	4. Oportunidad en los términos de facturación, rastreo y de auditoría de cuentas médicas.	1. Seguir a los responsables los trabajos de parametrización, diagnóstico y soporte incidentes de la HC media. 2. Realizar seguimiento al auditor administrativo de facturación de la entrega de la factura a la central en los últimos 20 días en el procedimiento. 3. Capacitar a los subáreas administrativas de facturación y verificación de datos de los proveedores médicos de gosa, devoluciones entre otros.	1. Se anexa copia de los reportes (una muestra) del trimestre. 2. Se anexa copia del cuadro de aplicación mensual y evidencia del motivo de no realización. 3. Se anexa copia de capacitación del área.	La Oficina de Control Interno No evidencia soporte de las acciones. La Oficina de Control Interno No evidencia soporte de las acciones.	REPORTA		
							GF09C	3. Servicios prestados y facturación no reportados por la entidad.	1. Capacitar al personal humano en temas de facturación de servicios de salud y cambios en la contabilidad. 2. Realizar recorte de unas a viernes a trabajo social de usuarios de línea de bajo definido o con incumplimientos en el servicio de internado. 3. Generar recetas a Gestión Comercial de las inconformidades presentadas en los contratos y en la parametrización del mismo.	1. Se anexa copia de socialización de los billetes de incumplimientos de gosa y comité de gosa. 2. Se anexa copia de reunión. 3. Se anexa copia de los reportes mensuales, una muestra del trimestre. 4. Se anexa copia de los reportes mensuales (una muestra) del trimestre.	La Oficina de Control Interno No evidencia soporte de las acciones.	REPORTA		
							GF08C	2. Servicios prestados no facturados.	1. Socializar los motivos de ghes a los diferentes áreas asistenciales. 2. Capacitar al recurso humano en temas de facturación de servicios de salud y cambios en la contabilidad. 3. Realizar recorte de unas a viernes a trabajo social de usuarios de línea de bajo definido o con incumplimientos en el servicio de internado. 4. Realizar recorte de unas a viernes a trabajo social de usuarios de línea de bajo definido o con incumplimientos en el servicio de internado.	1. Se anexa copia de informe. 2. Se anexa copia de reunión COMIT. DE GOSA. 3. Se anexa copia de reunión. 4. Se anexa copia de requerimientos realizados durante el trimestre.	La Oficina de Control Interno No evidencia soporte de las acciones.	REPORTA		
							GF05C	1. Generación de información financiera no razonable.	1. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. 2. Reunir a los proveedores del software sobre los incumplimientos presentados en los módulos del área. 3. Realizar pruebas sencillas a la facturación para validar producción - facturación. 4. Capacitar al personal médico y paramédico referente al procedimiento de facturación, en el seguimiento de la HC y los soporte requeridos. 5. Capacitación y actualización al talento humano del área de facturación. 6. Requerimientos al software para la validación y trazabilidad de la facturación.	1. Se ha realizado 5 de 7 capacitaciones con el fin de la facturación. 2. Se anexa copia de reuniones y requerimientos realizados.	1. Se evidencia soporte de la acción el cual reposa en la Oficina de Control Interno. 2. Se evidencia las acciones soporte de la acción.	REPORTA		
							IO04	4. No implementación de la política institucional de innovación genera un atraso en la adecuación de competencias en el talento humano.	1. Gestionar a solicitud de la oficina de recursos humanos el plan de capacitación institucional a través de los comités de docencia e innovación. 2. Definir las políticas de innovación. 3. Definir plan de trabajo con el grupo de innovación institucional.	1. En su momento, la asignación del doctor para el curso de "Tránsito" los médicos manifestaron que no se encuentran en condiciones de ser seleccionados para el curso de selección con otra institución. 2. Ya está aprobada las políticas de innovación por el Comité de Docencia, Investigación e Innovación se envía a prescripción y calidad para revisión. 3. No se ha iniciado con esta actividad.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción y respectivo trámite de solicitud a la Fundación Universitaria de Concordia de 3 de Julio. 2. La Oficina de Control Interno evidencia las Políticas de Innovación por el comité de Docencia e Innovación. 3. No Se evidencia soporte de que refiere el área que no se ha iniciado esta actividad, se recuerda que esta actividad se finalizó hasta el 30 de Julio de 2017.	REPORTA		
							IO03	3. Varios deshumanizado en el servicio.	1. Actualizar los reglamentos orientados. 2. Adelantar campañas de humanización en los internos.	1. Se anexa copia de reglamento de Internado BAHIAE. 2. Se realiza la tercera etapa de humanización y campaña revisada a Control con apoyo de la Psicóloga de la institución.	1. El documento se encuentra en actualización. 2. Se anexa copia de humanización y campaña revisada a Control.	REPORTA		

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NÚM. RIESGOS DEFINIDOS	NÚM. RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	ÁREA REPORTA INFORMACIÓN	
9	TESORERÍA Y PAGADURÍA		4	4	100%	<ol style="list-style-type: none"> Inadecuada selección de la entidad financiera donde se depositan los recursos de la Institución. Manejo inadecuado de los recursos. Generar información financiera no razonable. Incumplimiento de plazos de informes. 	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar el instructivo para el análisis del portafolio de servicios. Elaborar el instructivo para la apertura de cuenta bancaria. Elaborar instructivo para el manejo del efectivo. Elaborar instructivo para el transporte y consignación en bancos de los dineros recaudados en caja. Solicitud instalación de cámaras en los puntos de recaudo y sensores de movimiento en tesorería. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. Requerir a los proveedores del software sobre inconvenientes presentados en los módulos del área. Elaborar cronograma de informes internos y externos. 	<ol style="list-style-type: none"> En el mes de Septiembre de 2017 se aprobó el instructivo código OF-MH-051, apertura, cancelación y cambio de firmas cuentas bancarias Anexo evidencia. En Desarrollo. En Desarrollo. En Desarrollo. En el trimestre julio-septiembre de 2017 los funcionarios del área de costos socializaron el informe de costos con cada uno de los coordinadores de las unidades funcionales, haciendo énfasis en la importancia de reportar novedades del cambio de personal con el fin de realizar una correcta distribución del costo de mano de obra directa e indirecta. En el trimestre julio-septiembre de 2017 se realizaron acas de reunión con el proveedor del software acerca de validar los inconvenientes presentados en el módulo de presupuesto, así mismo se remisionaron correos por parte de las demás áreas. Se actualiza el cronograma de informes conforme a la Normatividad Vigente. 	<ol style="list-style-type: none"> El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción. La Oficina de Control Interno evidenciar soporte de la acción. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción. Se evidenciar Oficio enviado para solicitud de cámaras de seguridad. Se evidencia soporte de cada una de las acciones. Se evidencia soporte de cada una de las acciones. 	REPORTE
9	CONTABILIDAD		2	2	100%	<ol style="list-style-type: none"> Generar información financiera no razonable. Incumplimiento de plazos de informes. 	<ol style="list-style-type: none"> Realizar reporte de inconformidad a los responsables de la información reportada. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área. Elaborar cronograma de informes internos y externos. 	<ol style="list-style-type: none"> En el trimestre julio-septiembre de 2017 se revisó con el área de gestión de talento humano el centro de costos asignado a cada empleado, para su actualización. Así mismo se revisaron los conceptos de nómina y su parametrización contable y presupuestal en el relacionado con el reajuste salarial decretado por el Gobierno Nacional. En el trimestre julio-septiembre de 2017 los funcionarios del área de costos socializaron el informe de costos con cada uno de los coordinadores de las unidades funcionales, haciendo énfasis en la importancia de reportar novedades del cambio de personal con el fin de realizar una correcta distribución del costo de mano de obra directa e indirecta. En el trimestre julio-septiembre de 2017 se realizaron acas de reunión con el proveedor del software acerca de validar los inconvenientes presentados en el módulo de presupuesto, así mismo se remisionaron correos por parte de las demás áreas. Se actualiza el cronograma de informes conforme a la Normatividad Vigente. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidenciar correos manifestando inconformidades y requisitos a los responsables de la información, además se evidenciaron correos solicitando apoyo a los líderes del sistema Dinámica General con los problemas presentados en el módulo de costos. Se evidencia soporte de cada una de las acciones. Se evidencia el Cronograma de Informes. 	REPORTE
10	COSTOS		3	3	100%	<ol style="list-style-type: none"> Generación de información financiera no razonable. Incumplimiento de plazos de informes. Método contar con un sistema de costo como herramienta para la toma de decisiones. 	<ol style="list-style-type: none"> Realizar reporte de inconformidad a los responsables de la información reportada. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área. Elaborar cronograma de informes internos y externos. Actualizar los procedimientos e instructivos. Realizar requerimiento a los responsables de cada área del reporte de información con oportunidad y calidad. Realizar reportes de inconformidad de información reportada por responsables. Implementar el sistema de costos. 	<ol style="list-style-type: none"> En el trimestre julio-septiembre de 2017 se revisó con el área de gestión de talento humano el centro de costos asignado a cada empleado, para su actualización. Así mismo se revisaron los conceptos de nómina y su parametrización contable y presupuestal en el relacionado con el reajuste salarial decretado por el Gobierno Nacional. En el trimestre julio-septiembre de 2017 los funcionarios del área de costos socializaron el informe de costos con cada uno de los coordinadores de las unidades funcionales, haciendo énfasis en la importancia de reportar novedades del cambio de personal con el fin de realizar una correcta distribución del costo de mano de obra directa e indirecta. En el trimestre julio-septiembre de 2017 se realizaron acas de reunión con el proveedor del software acerca de validar los inconvenientes presentados en el módulo de presupuesto, así mismo se remisionaron correos por parte de las demás áreas. Se actualiza el cronograma de informes conforme a la Normatividad Vigente. 	<ol style="list-style-type: none"> No se evidencia copia circular Se evidencia informe de costos Y 4 Se evidenciar soporte de cada una de las acciones. Se evidencia copia circular Se evidencia informe de costos Y 4 Se evidenciar soporte de cada una de las acciones. 	REPORTE
10	COSTOS		3	3	100%	<ol style="list-style-type: none"> Incumplimiento de plazos de informes. Método contar con un sistema de costo como herramienta para la toma de decisiones. 	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar cronograma de informes internos y externos Actualizar los procedimientos e instructivos. Realizar requerimiento a los responsables de cada área del reporte de información con oportunidad y calidad. Realizar reportes de inconformidad de información reportada por responsables. Implementar el sistema de costos. 	<ol style="list-style-type: none"> En el trimestre julio-septiembre de 2017 se revisó con el área de gestión de talento humano el centro de costos asignado a cada empleado, para su actualización. Así mismo se revisaron los conceptos de nómina y su parametrización contable y presupuestal en el relacionado con el reajuste salarial decretado por el Gobierno Nacional. En el trimestre julio-septiembre de 2017 los funcionarios del área de costos socializaron el informe de costos con cada uno de los coordinadores de las unidades funcionales, haciendo énfasis en la importancia de reportar novedades del cambio de personal con el fin de realizar una correcta distribución del costo de mano de obra directa e indirecta. En el trimestre julio-septiembre de 2017 se realizaron acas de reunión con el proveedor del software acerca de validar los inconvenientes presentados en el módulo de presupuesto, así mismo se remisionaron correos por parte de las demás áreas. Se actualiza el cronograma de informes conforme a la Normatividad Vigente. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia el Cronograma de Informes. Con corte a 30 de Septiembre de 2017, se tiene PROCEDIMIENTO 1: Aprobado (INSTRUCTIVO: 5; Todos aprobados FORMATOS: 1:Aprobado (La anterior información se obtuvo de la oficina de Planeación y Calidad) Refiere el Proceso de Costos encontrarse en desarrollo. Refiere el Proceso de Costos encontrarse en desarrollo. Refiere el Proceso de Costos aún se encuentre en estado de implementación. 	REPORTE
10	COSTOS		3	3	100%	<ol style="list-style-type: none"> Generación de información financiera no razonable. Incumplimiento de plazos de informes. Método contar con un sistema de costo como herramienta para la toma de decisiones. 	<ol style="list-style-type: none"> Realizar reporte de inconformidad a los responsables de la información reportada. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área. Elaborar cronograma de informes internos y externos. Actualizar los procedimientos e instructivos. Realizar requerimiento a los responsables de cada área del reporte de información con oportunidad y calidad. Realizar reportes de inconformidad de información reportada por responsables. Implementar el sistema de costos. 	<ol style="list-style-type: none"> En el trimestre julio-septiembre de 2017 se revisó con el área de gestión de talento humano el centro de costos asignado a cada empleado, para su actualización. Así mismo se revisaron los conceptos de nómina y su parametrización contable y presupuestal en el relacionado con el reajuste salarial decretado por el Gobierno Nacional. En el trimestre julio-septiembre de 2017 los funcionarios del área de costos socializaron el informe de costos con cada uno de los coordinadores de las unidades funcionales, haciendo énfasis en la importancia de reportar novedades del cambio de personal con el fin de realizar una correcta distribución del costo de mano de obra directa e indirecta. En el trimestre julio-septiembre de 2017 se realizaron acas de reunión con el proveedor del software acerca de validar los inconvenientes presentados en el módulo de presupuesto, así mismo se remisionaron correos por parte de las demás áreas. Se actualiza el cronograma de informes conforme a la Normatividad Vigente. 	<ol style="list-style-type: none"> No se evidencia circulares solicitando información de costos especificando plazos, sin embargo se evidencia que durante el segundo trimestre se enviaron correos solicitando información a los diferentes procesos y servicios de hospital. Se evidenciar correos manifestando inconformidades y requisitos a los responsables de la información, además se evidenciaron correos solicitando apoyo a los líderes del sistema Dinámica General con los problemas presentados en el módulo de costos Se evidenciar soporte de la acción. 	REPORTE

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 SEPTIEMBRE 2017	AREA REPORTA INFORMACION
11	PRE SUPUESTO	4	4	0	0%	VE01	1. Importancia en la identificación, análisis y gestión de los eventos y la información.	1. Completar los procedimientos y/o instructivos del área. 2. Actualizar los procedimientos e instructivos aprobados conforme los cambios en el sistema de información. 3. Participar de las capacitaciones de las guías y protocolos programadas. 4. Definir y socializar conograma de reportes de entrega de información estadística.	1. La implementación de la Historia Electrónica ha permitido tener acceso eficaz y oportuno a la Historia Clínica. 2. Existe una relación del sistema de la documentación relacionada por parte de la Oficina de Planeación. 3. ASISTENCIA A EVENTOS DE INTERÉS DE LA INSTITUCIÓN. 4. LA CAPTURAS MENSUAL DE LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL GENERAL EL ANÁLISIS Y CONSOLIDACION DE LA MISMA. L. PENSAMIENTO REALIZAR LOS INFORMES INTER Y EXTERNA INSTITUCIONALES QUE DENEN LA TOMA DE DECISIONES.	1. La Oficina de Control Interno evidencia según informado por la Oficina Planeación y Calidad en cuanto al avance de gestión documental con corte al mes de septiembre se tiene lo siguiente: 1. Procedimiento Aprobado. Caracterización Aprobado. Varias 3 aprobados. 1 Programa de atención aprobado. 2 Procedimientos Aprobados. 3. Se evidencia soporte de la acción. 4. Se evidencia soporte de la acción.	REPORTA
						VE02	2. Uso inadecuado de la información del área.	1. Ayudar acorde a la normativa vigente el cumplimiento de la gestión documental. 2. Completar los procedimientos y/o instructivos del área.	1. La Oficina de Gestión Documental NOS realiza asesoría e hizo recomendaciones sobre el tema con la respectiva lista de chequeo. 2. La Oficina de Gestión Documental NOS realizó asesoría e hizo recomendaciones sobre el tema con la respectiva lista de chequeo.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción. 1. La Oficina de Gestión Documental NOS realizó asesoría e hizo recomendaciones sobre el tema con la respectiva lista de chequeo.	
						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 SINGIA. 2. Medición de adherencia de los protocolos de vigilancia epidemiológica e infecciosas. 3. Completar los procedimientos y/o instructivos del área.	1. AIA TECNA SE HAN REALIZADO REUNIONES DEL COMITÉ DE DAÑO. 2. LISTADO DE CIRCULARIOS Y PARTICIPACION. 3. LISTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS.	1. Se evidencia soporte de la acción. 2. Se evidencia soporte de la acción. 3. La Oficina de Control Interno evidencia según informado por la Oficina Planeación y Calidad en cuanto al avance de gestión documental con corte al mes de septiembre se tiene lo siguiente: 1. Procedimiento Aprobado. Caracterización Aprobado. Varias 3 aprobados. 1 Programa de atención aprobado. 2 Procedimientos Aprobados. 3. Se evidencia soporte de la acción. 4. Se evidencia soporte de la acción.	REPORTA
						VE04	4. Incumplimiento a las acciones de control y prevención de los eventos de salud pública.	1. Hacer la adherencia de instrucción de búsqueda activa de los eventos de riesgo. 2. Generar requerimiento por incumplimiento de acciones al responsable del área. 3. Generar planes de mejoría con base en los análisis de los eventos de riesgo. 4. Reportar al comité de vigilancia epidemiológica el resultado de las acciones de mejoría.	1. Instrucción de los BAK. 2. No se han generado. 3. No se han generado. 4. A la fecha se han realizado cuatro reuniones del Comité de Vigilancia Epidemiológica.	1. Se evidencia soporte de la acción. 2. Se evidencia soporte de la acción. 3. La Oficina de Control Interno evidencia según informado por la Oficina Planeación y Calidad en cuanto al avance de gestión documental con corte al mes de septiembre se tiene lo siguiente: 1. Procedimiento Aprobado. Caracterización Aprobado. Varias 3 aprobados. 1 Programa de atención aprobado. 2 Procedimientos Aprobados. 3. Se evidencia soporte de la acción. 4. Se evidencia soporte de la acción.	REPORTA
						VE05	5. Tratamiento deshumanizado en el servicio.	1. Socializar a solicitud interna de humanización del servicio. 2. Socializar el derecho de la utilización de celulares y equipo de telefonía móvil personal. 3. Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos del personal adscrito al área.	1. La oficina de Seguridad y Salud en el trabajo realizó al grupo de trabajo Asesoría y Asesorías en factores de Riesgo Psicosocial a nivel individual con el objeto de dar recomendaciones y establecer componentes con los manifestados o sus familiares. 2. Se hace socialización del manual del celular e implementaciones para la salud y los efectos en la biología. 3. Se realiza una revisión de actualización de hojas de vida para observar el cumplimiento de los requisitos del tablero humano para la tabulación.	1. Se evidencia correo enviado al Dpto de Enfermería donde se solicita horarios para la entrega de medicamentos. 2. Se evidencia gestión por parte del servicio. 3. La Oficina de Control Interno junto con el informador recibida por parte de la Oficina de Planeación y Calidad. Información con fecha de corte del mes de septiembre se evidencia lo siguiente en lo que tiene que ver con el avance del seguimiento de la gestión documental del servicio farmacéutico: La caracterización se encuentra aprobada, formatos hacia el corte de septiembre se encuentran aprobados al igual que los instructivos. 5 Procedimientos aprobados: 1. Manual Apoyado y 2 Programas aprobados. 4. Se evidencia Parametrizado. 5. Se evidencia actas de supervisión.	REPORTA

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATRIALIZADOS	% de riesgos materializados	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE SEPTIEMBRE 30 2017	AREA REPORTA	REPORTA	
13	SERVICIO FARMACEUTICO	5	0	0	0	<p>1. Medida en la calidad del medicamento y dispositivos médicos</p>	<p>1. Remediación de personal en cuanto a su ética profesional. 2. Sobrio de cámaras de seguridad en área de recepción. 3. Capacitación al personal mediante el programa de inducción y reintegración. 4. Seguimiento al plan de mantenimiento preventivo. 5. Implementar visitas internas de verificación de cumplimiento de especificaciones técnicas para la conservación de medicamentos y dispositivos.</p> <p>1. Realizar cronograma de realización de inventarios internos. 2. Verificación de las actas de entrega en cada turno de los medicamentos de control y alto costo. 3. Solicitar el aumento de medios tecnológicos en seguridad. 4. Restricción de permisos en el manejo del sistema de información existente. 5. Sensibilización del personal en cuanto a su ética profesional. 6. Requerir a la oficina jurídica pólizas de manejo para la P.J. de farmacia</p> <p>1. Generar reporte de medicamentos y dispositivos próximos a vencer. 2. Solicitar al proveedor el cambio de medicamentos y dispositivos próximos a vencer. 3. Solicitar a la oficina jurídica para adelantar las acciones legales en los casos en que se incumpla la obligación de realizar la devolución en los términos pactados. 4. Elaborar lista de chequeo para la medición de adherencia del instructivo de control de fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos.</p>	<p>1. Se realizó capacitación, se envía formato de asistencia. 2. Ya se realizó la solicitud. 3. Se evidencia capacitación al personal. 4. Se evidencia soporte por parte del proceso. 5. Se evidencia soporte por parte del proceso.</p> <p>1. Se evidencia cronograma 2. Se evidencia soporte de informe de verificación de actas de entrega de medicamentos de control de alto costo. 3. Se evidencia solicitud 4. Se evidencia formato de asistencia 5. Se evidencia formato de asistencia 6. La Oficina de Control Interno No evidencia soporte de la acción.</p> <p>1. Se tiene por el sistema el reporte 2. Se envía solicitud 3. Se envía notificación 4. Se elabora lista de chequeo</p>	<p>1. Se realizó capacitación, se envía formato de asistencia. 2. Ya se realizó la solicitud. 3. Se evidencia capacitación al personal. 4. Se evidencia soporte por parte del proceso. 5. Se evidencia soporte por parte del proceso.</p> <p>1. Se evidencia cronograma de verificación de actas de entrega de medicamentos de control de alto costo. 2. Se evidencia solicitud de medicamentos próximos a vencer. 3. Se evidencia documento de verificación de actas de entrega de medicamentos de control de fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos.</p>	<p>1. Se evidencia informe trimestral de Carrera Septiembre de 2017. 2. Se evidencia cronograma de conciliaciones Financieras de Septiembre de 2017. 3. Se evidencia los respectivos soportes.</p> <p>1. Se evidencia que el Documento se encuentra en estado de Ajustes según el evidenciado por gestión Documental a corte de septiembre. 2. Se evidencia Formato cronograma de Actividades</p>	REPORTA	REPORTA
14	GESTION COMERCIAL	4	4	0	0	<p>1. Ventas de servicios de alta sin respaldo contractual con las es habilitadas en el departamento del Tolima.</p> <p>1. No garantizar el flujo de recursos por venta de servicios de salud.</p> <p>1. No elaboración del Plan de Mercado.</p> <p>4. No elaboración y difusión del Portafolio de Servicios.</p>	<p>1. Realizar reuniones de negociación en la cual se deja acta firmada, se realiza un (1) contrato y dos (2) otro si. 200 TRIMESTRE: Se realiza acuerdo contractual con Fosalud Compañía de Seguros. 3ER TRIMESTRE: Se firma acuerdo contractual con Nuvia Salud y Gobernación del Tolima.</p> <p>1. Se envía informe del 3er Trimestre. 2. Elaborar Cronograma de Alira de conciliación financiera y soportes de las mismas. 3. Se realizan conciliaciones Financieras y se posos con el fin de separar la Cartera y así realizar los acuerdos de pago con la entidad responsable de pago (conjunto Soportes).</p> <p>1. Se avanza Proceso de actualización del Plan de Mercado. 2. Se avanza Cronograma de actividades.</p> <p>1. Ejecutar el procedimiento de Mercado. 2. Elaborar cronograma de actividades para elaborar el plan de mercado.</p> <p>1. Ejecutar el procedimiento de Mercado. 2. Difundir el portafolio de servicios a las ERP habilitadas en el Depto.</p>	<p>1. Se evidencia informe trimestral de Carrera Septiembre de 2017. 2. Se evidencia cronograma de conciliaciones Financieras de Septiembre de 2017. 3. Se evidencia los respectivos soportes.</p> <p>1. Se evidencia que el Documento se encuentra en estado de Ajustes según el evidenciado por gestión Documental a corte de septiembre. 2. Se evidencia Formato cronograma de Actividades</p>	<p>1. Se evidencia informe trimestral de Carrera Septiembre de 2017. 2. Se evidencia cronograma de conciliaciones Financieras de Septiembre de 2017. 3. Se evidencia los respectivos soportes.</p> <p>1. Se evidencia que el Documento se encuentra en estado de Ajustes según el evidenciado por gestión Documental a corte de septiembre. 2. Se evidencia Formato cronograma de Actividades</p>	REPORTA	REPORTA	
	GESTION DOCUMENTAL	3	3	0	0	<p>1. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Los indicadores de trabajo de la dependencia de Gestión Documental se realizan en el formato de FICHA TECNICA DE INDICADORES TIC-RI-003. 2. Se encuentra en elaboración para presentar en el comité de Historia Clínica para su aprobación. (El plan de contingencia que da soporte al instructivo de historia clínica como el capítulo 6 del mismo, el cual fue aprobado por el comité de historia clínica).</p>	<p>1. La Oficina de Control Interno evidencia los indicadores de área de Gestión Documental en la Evaluación realizada trimestralmente como lo es el P30. 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 Septiembre en estado de Aprobación.</p>	<p>1. La Oficina de Control Interno evidencia los indicadores de área de Gestión Documental en la Evaluación realizada trimestralmente como lo es el P30. 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 Septiembre en estado de Aprobación.</p>	REPORTA	REPORTA	

TEM	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 SEPTIEMBRE 30 2017	AREA REPORTA INFORMACION	
15	INTERNACION MEDICA	3	1	2	67%	S102C	1. Inportunidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios. 2. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	1. Documentar los protocolos y guías de Manegp 2. Medición de adherencia de los protocolos y guías de manejo aprobadas se a instaurado. 3. Implementar el procedimiento para a auditoria concurrente. 4. Seguimiento y análisis del Informe de entrega de turno de los respondidos enfermos. 5. Seguimiento a la ocurrencia en la atención e ingreso de pacientes en el servicio de internación. 6. Seguimiento de los turnos definidos en el procedimiento de liberación y asignación de camas en la fase de sexo terminal. 7. Aplicar los procedimientos aprobados que regulan conforma al nuevo sistema de información.	1. Durante el periodo se han realizado todas de seguridad en diferentes servicios de internación medica. 2. A la fecha se encuentra un avance de 92,83% de documentación de guías y protocolos médicos y se encuentra al día de calidad para su revisión y aprobación. De los cuales se encuentran Aprobados el 38,7%, Revisión 21%, Proceso 33%, Siguete 8,03% y en Escudo 9%. 3. Se realizó medición de adherencia de guías de Manegp de sala de partos y Gineco Obstetricia, en cada uno de los meses del periodo. Turnos de 2017, por parte de auditores concurrentes. 4. Reporte realizado por la coordinación de mantenimiento. 5. No se presentaron durante este periodo reportes de eventos adversos ocurridos por registros errados.	1. Se encuentra pendiente referir el área de Gestión Documental esta actividad estaba para corte de Junio de 2017. 2. Se encuentra pendiente referir el área de Gestión Documental 3. Se evidencian las políticas de gestión Documental se evidencia resolución 2372 del 25 de Julio de 2017 por medio de la cual se adopta las políticas de gestión documental del Hospital. 4. Se evidencia documento. 5. No se evidencia soporte de la socialización del código de ética con el personal nuevo.	1. No se evidencia soporte de su control de seguridad. 2. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción. 3. No se evidencia soporte de la acción. 4. No se evidencia el soporte que de la acción. 5. Refiere el área que durante este periodo no se reportaron eventos adversos ocurridos por registros errados.	REPORTA
16	SALUD OCUPACIONAL	3	3	0	0%	GA01 GA02 GA03C	1. Inportunidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios. 2. Falta de confiabilidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios. 3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para 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. Actualizar y actualizar los procedimientos e instrucciones conforme a la dinámica de la institución. 3. Socialización del código de ética al personal nuevo.	1. Se realizó por parte de Recursos Humanos y Departamento de enfermería en el proceso de inducción y orientación. 2. Se realizó el requerimiento. 3. Se ha realizado socialización con el grupo médico asistencial.	1. La Oficina de Control Interno evidencia el soporte por parte de la Oficina de Planeación y Calidad todo lo que respecta al avance de Gestión Documental de área endoscópico que los documentos se encuentran Aprobados por parte del área de Planeación. 2. La Oficina de Control Interno evidencia el soporte por parte de la Oficina de Planeación y Calidad en la parte de Gestión Documental del área endoscópico que los documentos se encuentran Aprobados por parte del área de Planeación.	1. La Oficina de Control Interno evidencia según información enviada por la Oficina de Planeación y Calidad en la parte de Gestión Documental el área de Mantenimiento tiene hasta la fecha de corte e Procesamiento en estado de Aprobación, algunos Formatos Aprobados y 1. Instructivo se encuentra en revisión. 2. La Oficina de Control Interno evidencia según información enviada por la Oficina de Planeación y Calidad en la parte de Gestión Documental el área de Mantenimiento tiene hasta a fecha de corte el Procesamiento En estado de Aprobación, algunos Formatos Aprobados y 1. Instructivo se encuentra en revisión. 3. No se evidencia soporte de la acción. 4. No se evidencia soporte de la acción. 5. Se evidencia aprobado el documento de recepción de equipos. 6. Refiere el área que no se la asignación personal nuevo.	REPORTA
17	ENMIENDAS	3	3	0	0%	GA01	1. Inportunidad en la gestión de los recursos para 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. Actualizar y actualizar los procedimientos e instrucciones conforme a la dinámica de la institución. 3. Socialización del código de ética al personal nuevo.	1. Se tiene 3 programas de mantenimiento 1 aprobado, 2 manuales de equipos no aprobados y un proceso, 1 procedimiento aprobado y 10 formatos e instrumentos de los cuales 4 ya están aprobados. 2. No aplica para el área de mantenimiento, debido que no hay procedimientos en trámite. 3. En desarrollo, se avanza informe de actualización. 4. La impresión de un análisis como enviado a los coordinadores, pero no encontré correo de soporte. 5. Ya se aprobó el plan de reposición de equipos. 6. No ha sido necesario pues no se ingresado personal nuevo.	1. La Oficina de Control Interno evidencia según información enviada por la Oficina de Planeación y Calidad en la parte de Gestión Documental el área de Mantenimiento tiene hasta la fecha de corte e Procesamiento En estado de Aprobación, algunos Formatos Aprobados y 1. Instructivo se encuentra en revisión. 2. La Oficina de Control Interno evidencia según información enviada por la Oficina de Planeación y Calidad en la parte de Gestión Documental el área de Mantenimiento tiene hasta a fecha de corte el Procesamiento En estado de Aprobación, algunos Formatos Aprobados y 1. Instructivo se encuentra en revisión. 3. No se evidencia soporte de la acción. 4. No se evidencia soporte de la acción. 5. Se evidencia aprobado el documento de recepción de equipos. 6. Refiere el área que no se la asignación personal nuevo.	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	AREA REPORTA	FECHA INFORMACION
	MANTI					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 (Pacientes aditados, equipos no encontrados).	1. Consultado por mes.		
						GA03	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. Se anexan actas, se realizó capacitación de defibriladores en los servicios de urgencias y ud oriente según piso con el representante de la marca, se adquirió lamparas delectricas y se realizó la capacitación. (Se anexan actas). 2. No ha sido necesario pues no ha ingresado personal nuevo.		
						PC01	1. No apoyar 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 instrucciones aprobados en OAC.	1. Teniendo en cuenta las evaluaciones a los 3 componentes que se verifican. Anexo archivo avance del SIG a sept 30 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. Anexo entregado en la evaluación anterior. 3. Fue ajustado en procedimiento de gestión de riesgo involucrando el SARCUMT. Se anexa copia.		
	PLANACION	3	3	0		PC03	2. No apoyar el cumplimiento de objetivos y metas de cada uno de los procesos.	1. Aplicar los conceptos existentes.	1. Teniendo en cuenta que al 30 de septiembre el avance de la implementación del SIG es del 40%, no se han realizado los planes de mejoramiento por proceso para este tema específico. Se involucraron las actividades de sistema único de habilitación y las solicitadas por la oficina de control interno. Se sigue aplicando los controles en cuanto a la implementación del SIG que incluye la actualización y revisión de los documentos.		
						PC03	3. No cumplimiento de la función asignada en la resolución 1802 de marzo de 2015 "Laborar 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 enviado en la evaluación anterior. 2. Actividad en desarrollo, sin embargo se cuenta con un soporte para apoyar dicha actividad. Se esta conciliando con Tecnología de la Información para publicar en la página web del hospital toda la información conforme Plan y Ley 1712 de 2014, así como la actualización de carteleras y los televisores ubicados en la sala de espera.		
						DI01	1. Definir de forma concreta los lineamientos institucionales.	1. Revisión y ajuste de la metodología para la planeación institucional en caso de requerirse.	1. No ha sido necesario pues no ha habido cambios normativos que lo requiera.		
	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	2	2	0		DI02C	2. Adecuado uso de poder en las decisiones institucionales.	1. Elaboración del Plan Anticorrupción del Hospital. 2. Seguimiento del Plan Anticorrupción del Hospital.	1. Elaborado y adoptado mediante Res 0138 de 25 de enero de 2017. Se encuentra publicado en la página web del hospital conforme normativa vigente. Soporte enviado en la evaluación del periodo anterior. 2. Se elaboró la evaluación correspondiente al segundo semestre del año, publicada en la página web del hospital en el link "transparencia y acceso a la información pública", anexo copia del link de la publicación en la página web del hospital y archivo en Excel de la evaluación.		
						SA01C	1. Inoperancia en la prestación del servicio ambulatorio y de apoyo a la atención.	1. Seguimiento al cumplimiento del registro de la historias Clínicas en el software en el servicio de consulta externa. 2. Seguimiento y aplicación de medidas correctivas para el cumplimiento de los horarios o agendas del personal médico. 3. Ejecución y seguimiento al plan de compras de la vigencia. 4. Trabajadas a la oportunidad en la toma de ajustes diagnósticos requeridos por los servicios del Hospital. 5. Establecer auditorías internas para seguimiento de intermediarios en la asignación de citas de consulta médica especializada. 6. Seguimiento a la ejecución del plan de mantenimiento preventivo.	1. Se realizó la verificación durante los meses de agosto y septiembre con el apoyo de SYAC. 2. Se realizó el seguimiento de agencias de cambios para cumplimiento de agendas. Hasta el momento no se han requerido. 3. Se ha dado cumplimiento al plan de compras prospectado para la vigencia. 4. Anexo informe de auditoría. 5. Se anexa copia con evaluación de junio. 6. Se remitió cronograma con autoevaluación de junio. Se realizó seguimiento verificando el mantenimiento realizado, soportes firmados se encuentran en el archivo de los registros biomédicos.		
	LABORATORIO					SA02	2. Ocurrencia de eventos adversos y/o fatales.	1. Medición de adherencia de las guías y protocolos de manejo de la institución. 2. Verificación de cumplimiento del plan de mantenimiento para el servicio ambulatorio. 3. Seguimiento al cumplimiento del plan de compras. 4. Seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de los usuarios en los términos establecidos. 5. Reporte de situaciones o hechos irregulares al servicio regionales.	1. Se ha realizado socialización de 4 protocolos en el servicio de Rehabilitación. Fueron entregados por la subgerencia clínica las guías de atención médica indicadas que han sido aprobadas a finales de septiembre, pendiente socialización. Anexo documento de los otros servicios, en revisión y aprobación. 2. Se realizó soporte con autoevaluación de junio. 3. Se ha dado cumplimiento al plan de compras prospectado para la vigencia. 4. Se realizó el tramite de la totalidad de las FQIS radicadas en el servicio. Se anexa una copia de respuesta. 5. Los incidentes y eventos adversos reportados han sido analizados con el programa de seguridad del paciente.		

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 SEPTIEMBRE 2017	AREA REPORTA INFORMACION
20	SERVICIO AMB	6	6	0		SA03	1. Incumplimiento de la normatividad vigente en la prestación del servicio con base en los estándares de habilitación.		1. Se ha realizado actualización de 4 protocolos en el servicio de Rehabilitación. Fueron entregados por la subgerencia clínica las guías de atención médica institucionalizadas que han sido aprobadas a finales de septiembre, pendiente de socialización. Aun documentos de los otros servicios, en revisión y aprobación. 2. Se realizó soporte con subevaluador de Junio. 3. Se realizó el trámite de la totalidad de las QRS realizadas en el servicio. Se anexa una copia de respuesta. 4. Se realizó actualización de estándares de habilitación en Psiquiatría, Laboratorio clínico y Banco de sangre. De acuerdo a los salarios se realizó el Plan de mejoramiento en el siguiente trimestre.	1. Se evidencia según información suministrada por la Oficina de Normación y Calidad con corte a Septiembre en el área de Rehabilitación se tiene la siguiente información: 5 Formatos Aprobados, 1 instructivo en edición y 18 Protocolos aprobados. No se evidencia socialización de la documentación. 2. Se evidencia soporte de mantenimiento. 3. Se evidencia soporte. 4. No se evidencia soporte de la acción 5. Se tiene la evidencia de la acción.	REPOR
						SA04	4. Trato deshumanizado en el servicio.		1. Se realizó soporte con subevaluador de Junio. 2. Se realizó soporte con subevaluador de Junio. 3. No se la requirió.	1) 2. Se evidencia soporte de cada una de las acciones.	
						SA05C	5. Prestación de servicios no acorde a la demanda de la población.		1. Se anexa copia de QRS válidos. 2. No se ha requerido pues no se han presentado incidentes. 3. No se ha requerido pues no se han presentado incidentes. 4. Se realizó soporte con subevaluador de Junio.	1) 4. Se evidencia soporte de cada una de las acciones	
						SA06C	6. Falta de recursos humanos y/o dispositivos médicos.		1. Se realizó soporte con subevaluador de Junio. 2. Se emitió copia de acts realizada al cargo de paro con evaluación de Junio. Se programan nuevas reuniones para el último trimestre del año.	1. La Oficina de Control Interno evidencia que los servicios de Banco de Sangre se tiene socializado el código de ética con los funcionarios de fecha del 30/09/2017, el área de Psiquiatría con fecha del 15/05/2017 y el área de Rehabilitación con fecha del 25/09/2017. 2. Se evidencia soporte de la acción.	
						GA01	1. Inoperatividad en la gestión de los recursos para la prestación de los servicios.		1. Elaborar todos los procedimientos e instrucciones de las diferencias para que conformen el proceso de Gestión administrativa. 2. Actualizar y actualizar los procedimientos e instrucciones conforme a la demanda de la población. 3. Socialización del código de ética al personal nuevo. 4. Implementación de la Historia Clínica electrónica. 5. Implementación del uso de las planillas de código de barras para el control de inventario.	1) 2. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la Aprobación de todos los manuales que conforman el área de Sistemas de la información. 3. No se evidencia soporte de la socialización del código de ética con el grupo de trabajo. 4. La Oficina de Control Interno evidencia soporte del informe del avance del Proyecto. 5. Se evidencia soporte de la acción.	REPORTA
21	TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	3	3	0		GA02	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la prestación de los servicios.		1. Actualizar el FSR y PCJ (Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio) en el área de tecnología de información. 2. Elaborar instructivo plan de contingencia de la Historia Clínica.	1. No se evidencia soporte de avance de la acción a corte de Septiembre. 2. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de todos los instructivos que conforman el área de Sistemas de la información. 3. Se evidencia informe de avance de proyecto. 4. No se evidencia soporte de actualización de persona nuevo.	
						GA03	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la prestación de los servicios.		1. Continuar la adecuación de la infraestructura de servidores y cables para soportar el sistema de información. 2. Actualizar el FSR y PCJ (Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio) en el área de tecnología de información. 3. Actualizar todos los instructivos de sistema de información. 4. Implementación de la Historia Clínica electrónica. 5. Socialización del código de ética al personal nuevo.	1. Se ha estado con la empresa contratada para el movimiento de la infraestructura (FCO). 2. 3. 4. Informe de avance del Proyecto con corte a Septiembre de 2017. 5.	
						SI01	1. Importancia en la prestación del servicio.		1. Monitorear los registros en el sistema de información de la historia clínica electrónica. 2. Participar de la mesa de trabajo de la Red de Urgencias del Municipio de tal manera que se facilite la rotación 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. Continuar los salarios identificados en el seguimiento a la implementación del sistema de información de la historia clínica electrónica.	1) 1. El indicador de atención médica por motivo de emergencia que para septiembre quedó en 33% mínimo, no ha permitido actualizaciones en los usuarios y no se ha visto afectado el proceso de atención frente a complicaciones de los mismos. La red ha sido la encargada del sistema de información implementado que todavía presenta fallas en su continuidad afectando los tiempos de atención de calidad frente a la consulta con el monitoreo permanente de esta para controlar el riesgo. 2. Para esta fecha se van realizando tres de sus cuatro revisiones programadas para el año del comité de urgencias donde se va participando activamente para seguir el objetivo propuesto. 3. Adicionalmente se ha implementado la auditoría sobre las acciones programadas del servicio, ya lo cual se ha hecho la intervención sobre esta con la FRS para que sean más oportunas en la utilización del sistema en el proceso de atención de camas para que se de la posibilidad de trasladar al que tiene esa estancia en el servicio. 4. En el mismo proceso de auditoría se le está haciendo seguimiento a las acciones programadas por no definición de evidencia de los especialistas, interviniendo con ellos de manera directa, esto se ha hecho dentro.	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NºM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NÚMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO Nº	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CORTE SEPTIEMBRE 30 2017	ÁREA REPORTA INFORMACIÓN	
22	URGENCIAS	6	5	1	17	SU01	<p>1. Durante el proceso de atención se presentan acciones inseguras que permiten la presencia de eventos adversos.</p> <p>2. Falta continuidad e irregularidad en la prestación del servicio durante el proceso de atención en urgencias.</p> <p>3. Falta continuidad e irregularidad en la atención en el servicio de urgencias.</p> <p>4. Ingreso al servicio de urgencias por la incapacidad de su categoría o por la capacidad instalada del servicio de urgencias no es posible atender.</p>	<p>1. Realizar seguimiento al plan de mantenimiento anual.</p> <p>2. Realizar auditoría concurrente en el servicio con el fin de intervenir las estancias prohibidas.</p> <p>3. Actualizar las guías y protocolos médicos de atención propias 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. Ya ubicados en la sede la Francia la intervención de mantenimiento ha tenido buen impacto en el servicio en el desarrollo de todo el mantenimiento preventivo de equipos, y se realiza lo correctivo cuando así se requiere.</p> <p>2. Como se mencionó en el ítem anterior la auditoría ha tenido buen impacto en el servicio en lo relacionado con las estancias.</p> <p>3. Estamos en la etapa de ajuste del proceso en la nueva sede para comenzar la actualización de toda la documentación del sistema integrado de gestión.</p> <p>4. Se viene cumpliendo con el procedimiento de adquisición de elementos para el servicio a través del proceso de compras, se hacen las solicitudes por correo electrónico, junto con el análisis de conveniencia.</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 definido el tema del reporte a la Superintendencia, no ha sido fiscal, pues el volumen que se presenta en el área es muy alto, pero con los mas relevantes si se viene trabajando. Así toda también buscar estrategias para dar cumplimiento a la acción propuesta.</p>	<p>1. No se evidencia soporte de la acción con corte al mes de Septiembre, pero refiere el área de Urgencias se tiene definido el tema del reporte a la Superintendencia.</p>	REPORTA
23	URGENCIAS	6	5	1	17	SU04	<p>4. Ingreso al servicio de urgencias por la incapacidad de su categoría o por la capacidad instalada del servicio de urgencias no es posible atender.</p>	<p>1. Tramitar ante el COUET, Superintendencia y Procuraduría los casos enviados en código primario por las diferentes IPS.</p> <p>2. Gestionar a través de gestión comercial que las IPS entreguen al centro de referencia del hospital la RED de ambulancias con los que tienen contrato.</p>	<p>1. Mensualmente se envía al correo la información de los códigos primarios enviado durante el mes al servicio de urgencias.</p> <p>2. Ya se han venido gestionando con algunas EPS, esta pendiente la respuesta de las otras a las cuales se les solicita.</p>	<p>1. No se evidencia soporte de la acción con corte al mes de Septiembre mas sin embargo refiere el área enviar al CoUet la información de los códigos primarios enviados.</p> <p>2. Refiere el área de urgencias encuentra pendiente la respuesta de las que se solicita.</p>	REPORTA	
24	TALENTO HUMANO	3	3	0	0%	CA03	<p>5. Trato deshumanizado de pacientes y/o familiar por parte del personal que labora en urgencias.</p> <p>6. Pérdida de insumos, equipo médico y material médico quirúrgico.</p>	<p>1. Organizar capacitaciones de humanización en la atención.</p> <p>2. Describir acciones de mejoramiento derivadas de las quejas y manifestaciones de los usuarios por maltrato con a los personas involucradas.</p> <p>3. Desarrollar estrategias que faciliten la interiorización del código de ética.</p> <p>4. Establecer actividades durante el desarrollo del proceso asistencial y administrativo para garantizar el proceso de atención con el usuario.</p>	<p>1. Se han trabajado estas capacitaciones en las reuniones mensuales.</p> <p>2. Se han recibido muy pocas o ninguna quejas o manifestaciones en este semestre y las acciones correctivas se realizaron de manera inmediata, entre ellas está la de prohibir el uso de celulares y dispositivos portátiles durante el desarrollo del proceso de atención. La humanización en la atención y mejorar la oportunidad de la misma.</p> <p>3. Se trabajó en las reuniones mensuales.</p> <p>4. Se documentó el procedimiento de atención.</p>	<p>1. Se evidencia soporte de la acción realizado capacitaciones mensuales.</p> <p>2. Las Oficina de Control Interno evidencia que en el área de Urgencias se tiene listado anexo a la prohibición de uso de dispositivos, portátiles, celulares durante el desarrollo del proceso de atención.</p> <p>3. Refiere el área de atención continua mente con el tema.</p> <p>4. Refiere el área estar documentado el procedimiento de atención, se verificó por parte de esta Oficina y para el corte de mes de Septiembre se encuentra el procedimiento aprobado.</p>	REPORTA	
25	TALENTO HUMANO	3	3	0	0%	CA02	<p>1. Inoperatividad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.</p> <p>2. Falta de continuidad en la gestión 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 las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión administrativa.</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 gerencia del proyecto de sistema de línea gerencial de las deficiencias del modulo de nomina.</p> <p>5. Definir la política para el término de entrega de novedades de nomina a reportar durante el mes.</p>	<p>1. Ya se comenzó la documentación.</p> <p>2. Se realizó la socialización en las reuniones mensuales del servicio.</p>	<p>1. Refiere el proceso estar en convenio de documentación.</p> <p>2. Se evidencia socialización de los principios y valores con el grupo.</p>	REPORTA	
26	TALENTO HUMANO	3	3	0	0%	CA03	<p>2. Falta de continuidad en la gestión 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. Seguir con las solicitudes de necesidades de supernumerarios de acuerdo a la situación administrativa.</p> <p>2. Socializar el código de ética al personal nuevo.</p> <p>3. Validar las novedades cargadas en la nomina sobre los apoyos físicos registrados.</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 encontrar en desarrollo.</p>	REPORTA		
27	TALENTO HUMANO	3	3	0	0%	CA03C	<p>3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.</p>	<p>1. Socorro archibado en la historia laboral del funcionario vinculado. Se anexo copia de una socialización en agosto 1 trimestre.</p> <p>2. Teniendo en cuenta que la revisión se realiza sobre la nómina impresa se adjunta copia de una nómina validada por talento humano, en avance del 1 trimestre.</p>	<p>1. 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	N de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL: INTENTO CONTR SEPTIEMBRE 30 2017	AREA REPORTA INFORMACION
25	SISTEMA DE ATENCION AL USUARIO	6	6	0	0	AU01C	1. No gestionar las peticiones, quejas, reclamos y quejas dentro de los términos de ley.	1. Retener por los medios pertinentes a cada líder de los servicios con quejas, los compromisos y términos de cada para la consecución oportuna de los PORS. 2. Ajustar el procedimiento de gestión de PORS conforme a los cambios de sistema de información.	1. Se ha realizado seguimiento a los síndicos de respuesta por medio de correo electrónico y llamadas telefónicas, este trimestre el comportamiento fue 0-20: 55%, 10-15: 38%, 15-20: 3%, y entre 22-25 días 3%, donde se ha optimizado los tiempos de respuesta. 2. Se realizó el ajuste al procedimiento AU01C-002 en el rubro de módulo de quejas de atención general, así mismo se generó el Instrumento AU01C-009 de implementación de Quejas en Distancia general, ya se encuentra elaborado esta en aprobación en planeación y calidad.	1. Se evidencia soporte de los informes mensuales enviados por la Oficina de Atención al Usuario, entre el tercer trimestre de 2017. 2. Se evidencia Documento Aprobado AU-AR-002 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE LAS FORS.	
						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 muestras en este trimestre de 1150 Encuestas con un promedio de 386 encuestas distribuidas en los servicios de Urgencias, Hospitalización, unidades de cuidado intensivo, consulta externa de acuerdo a la metodología implementada de liberación de egresos por cada uno de los servicios anteriormente mencionados, con un promedio de satisfacción de Julio, Agosto y septiembre de 96,20%.	1. Se evidencia soporte de la acción.	
						AU03	3. No realización de la interconsulta de trabajo social.	1. Elaborar el instructivo de interconsulta de trabajo social y su forma. 2. Diligenciamiento de formato de actividades de trabajo social.	1. Se realizó instructivo AU- IN- 008 para controlar por Trabajo social quien se encuentra en aprobación por parte de la oficina de planeación y calidad. 2. Se tiene implementado Informe donde se trabajadora sociales de cada uno de los servicios tienen la trazabilidad de las actividades de los servicios que tienen a cargo.	1. La Oficina de Control interno evidencia soporte de formación de Divulgación de Derechos con diferentes fechas desde el mes de Marzo al Mes de Junio de 2017 con los usuarios de las diferentes dependencias de las áreas asistenciales. Se recomienda realizar esta actividad empinando el formato actualizado ya que se está realizando en un formato antiguo con el mes anterior de Hospital. La Oficina de Control interno no evidencia soporte de la divulgación del tercer trimestre de 2017 solo hasta el mes de Junio, es decir falta JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE. 2. La Oficina de Control interno evidencia registro de asistencia del Personal del área de Atención al Usuario a la Inducción formativa programada por el Hospital.	
						AU04	4. Desconocimiento por parte de los 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 de inducción y re inducción al personal del hospital.	1. No se ha realizado la medición de la adherencia del instructivo de divulgación de derechos y deberes. 2. El equipo de trabajo social y atención al usuario asistió a las jornadas de capacitación programadas por el Hospital, así como capacitaciones para fortalecimiento de la atención al usuario.	1. La Oficina de Control interno informa que el Programa de Humanización en la institución refiere el área de Atención y Cuidado en la gestión documental este Documento no "reporta" por parte de Área de Atención al Usuario, refiere el proceso de atención al Usuario que se realizó solicitud de apoyo por parte de especialistas de psicología para la elaboración del documento.	
						AU05	5. Trato deshumanizado en el servicio.	1. Elaborar y socializar el programa de humanización a los usuarios y grupos de interés.	1. Dada la oferta de la agente especial intervención y coordinado con la oficina de docencia un grupo de pasantes de último semestre de Psicología para apoyo a la elaboración del documento programa de humanización, así como la creación e implementación de los estrategias para generar el impacto esperado.	1. La Oficina de Control interno evidencia soporte de formatos de Divulgación de Derechos con diferentes fechas desde el mes de Marzo al Mes de Junio de 2017 con los usuarios de los diferentes dependencias de las áreas asistenciales. Se recomienda realizar esta actividad empinando el formato actualizado ya que se está realizando en un formato antiguo con el mes anterior de Hospital. La Oficina de Control interno no evidencia soporte de la divulgación del tercer trimestre de 2017 solo hasta el mes de Junio, es decir falta JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE. 2. Se evidencia soporte del Plan de Mejoramiento la gestión a realizar por parte de Área de Atención al Usuario.	
						AU06C	6. Falta de objetividad en el estudio socioeconómico del usuario diligenciado por el trabajo social.	1. Implementar la medición de adherencia del instructivo de elaboración de estudio socioeconómico de usuarios. 2. Destinar los canales de comunicación con las instituciones que permitan obtener información exacta y oportuna.	1. No se ha realizado la implementación de la ficha de chequeo del estado socioeconómico. 2. Acordado al Plan de mejoramiento de la agenda 2017 en aras de optimizar las peticiones administrativas se tiene adecuada comunicación con las siguientes entidades, tales como: compañía, cafetería, copagos, secretaría de salud, SIBSA, Fedecimas entre otras, se activan los canales en gestión cambio de autorizaciones o solicitud de los mismos en aras de evitar la burocracia y el oportuno acceso a la prestación de los servicios en salud.		
TOTAL		16	73	4	0						

adjunto:

TOTAL PLANES DE RIESGOS POR PROCESOS	16
RIESGOS CONTROLADOS	73
RIESGOS MATERIALIZADO	4
POCENTIALE DE RIESGOS MATERIALIZADOS	0%
POCENTIALE DE RIESGOS CONTROLADOS	75%

CONVENCIONES PARA RIESGOS MATERIALIZADOS	
Entre 25% y 50%	Rojos
Mayor que 50%	Amarillo
	Verde

REPORTA