

1004-OCI



Ibagué, 12 de Febrero del 2018

Doctora
INES BERNARDA LOAIZA GUERRA
Agente Especial Interventora
Hospital

01822

No. _____
Federico Lleras Acosta 
12 FEB 2018
CÓDIGO _____
PARA _____
ATENDIDO _____

ASUNTO: EVALUACIÓN MAPA DE RIESGOS PROCESOS CUARTO TRIMESTRE 2017

Respetada Dra.: Inés Bernarda

De manera atenta me permito anexar matriz de Evaluación del **MAPA DE RIESGOS** de los procesos que reportaron la evaluación con corte del **31 de Diciembre de 2017**.

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: Seis (6) Hojas, Doce (12) Folios

CÓDIGO CL-FIC-001		FECHA DE ELABORACIÓN 08/05/2013		FECHA DE ELABORACIÓN 09/03/2016		VERSIÓN: 1		PAGINA 3 DE 3			
ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NÚM. RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NÚMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CORTE DICIEMBRE 31/2017	ÁREA REPORTA INFORMACIÓN
ADMINISTRACIÓN DE INVENTARIOS Y ALMACÉN		3	3	0		GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión Administrativa. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución. Generar y validar reportes del inventario que brinden confiabilidad en la información. Realizar inventarios aleatorios de elementos de consumos conforme a los indicadores de rotación y de consumo. Conciliar la información de inventarios con el módulo de contabilidad y dentro de los tiempos establecidos. Socialización del código de ética al personal nuevo. Implementar el uso de las pistolas de código de barras para el control de inventario. 	<ol style="list-style-type: none"> Para el último trimestre del listado de documentos del proceso de gestión administrativa fueron aprobados dos (2) formatos: formato de préstamos y formato de traslado de bienes. Para el último trimestre del listado de documentos del proceso de gestión administrativa fueron aprobados dos (2) formatos: formato de préstamos y formato de traslado de bienes. Para el final del trimestre logró ajustarse con el proveedor del software, los reportes de compras, cuenta fiscal y remisiones. Se verifican las existencias físicas contra el sistema. Con la generación del reporte de cuenta fiscal el área de contabilidad realiza la conciliación. El área continúa sin nuevos ingresos de personal. Continúan las pruebas para su implementación. 	<ol style="list-style-type: none"> La Oficina de Control Interno evidencia por parte del área de Planeación en lo que respecta al avance de Gestión Documental que los Procedimientos para la Gestión de Inventarios y para la gestión de Almacén se encuentra a corte de Diciembre la gran mayoría aprobados quedando pendientes algunos Instructivos por aprobación (Instructivo programa de Seguros, Instructivo para el manejo de la caja menor e Instructivo Administración de Inventarios) para su aprobación. Se repite la observación del punto 1. Se evidencia soporte Se evidencia soporte Se evidencia soporte Se evidencia acta de reunión con fecha del 16 de mayo de 2016 socializado el Código de ética con el grupo del Proceso. Se evidencia avance del soporte de la acción. 	REPORTA
						GA02	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Realizar inventarios aleatorios de elementos de consumos. 	<ol style="list-style-type: none"> En el mes de Noviembre se realizó inventario a elementos de las bodega No 6, 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia soporte de inventario de existencia almacén papelería y Procedatos a Noviembre de 2017. 	
						GA03C	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Generar y validar reportes del inventario que brinden confiabilidad en la información. Elaborar procedimiento para el manejo de la caja menor del hospital. Socialización del código de ética al personal nuevo. 	<ol style="list-style-type: none"> Con la generación del reporte de cuenta fiscal el área de contabilidad realiza la conciliación Pendiente de aprobación No han habido inclusiones de personal nuevo. 	<ol style="list-style-type: none"> Refiere el área de Almacén en cuanto a la acción el área de Contabilidad realiza la conciliación. Se encuentra pendiente de Aprobación por parte de la Oficina de Planeación y calidad. Se evidencia acta de reunión con fecha del 16 de mayo de 2016 socializado el Código de ética con el grupo del Proceso. 	
COMPRAS		3	3	0		GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión Administrativa. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución. Actualizar periódicamente la base de datos de proveedores. Establecer encuestas de satisfacción a los proveedores para mejorar los canales de comunicación. Socialización del código de ética al personal nuevo. Realizar reunión con los diferentes supervisores de contratos. 	<ol style="list-style-type: none"> El área de compras tiene el procedimiento aprobado y el manual de compras aprobado. Se dio inicio al ajuste de los procedimientos de acuerdo al Software dinámica Se ingresaron al sistema de Dinámica que tiene un módulo para directorio se actualiza cuando ingresa un proveedor nuevo Se estableció la encuesta y se aplicó se anexa soporte, Durante la presente vigencia no hay personal nuevo vinculado al área. Se realizó reunión con los coordinadores se anexa acta 	<ol style="list-style-type: none"> Se tiene el PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE COMPRAS Aprobado, se recibió por parte de la Oficina de Planeación y Calidad el avance de la Gestión Documental con corte a Septiembre del proceso de Compras donde se evidencia el avance del Procedimiento para la gestión de compras en un 100% de Aprobación Junto con el MANUAL DE COMPRAS. Se evidencia soporte con actas de asistencia a capacitación al inicio Producción de módulo de Compras y Contratación con fechas del mes de Agosto y Septiembre de 2017. El Procedimiento a encuentra Aprobado Se evidencia el respectivo soporte se actualizado periódicamente la base de datos de los proveedores. Se evidencia medio de encuesta. Se evidencia soporte de la encuesta realizadas a los Proveedores tales como: BLASCOV, COLQUIMICOS, DISTRICLINICOS, FERPARVI, LH, MACROSEARCH. Socialización Código de ética Fecha 13/07/2016 con el grupo de compras. hasta la fecha no hay personal nuevo vinculado en el área. Se evidencia acta de reunión 	REPORTA
						GA02	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Ajustar el procedimiento para la adquisición de bienes y servicios (compras) conforme al nuevo sistema de información. 	<ol style="list-style-type: none"> Se dio inicio al ajuste de la nueva versión con el nuevo Software, el procedimiento también está siendo modificado 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia aprobado el Procedimiento de Compras. 	
						GA03C	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Verificar mediante lista de chequeo que el procedimiento para la compra y adquisición de bienes y servicios se cumpla. Validar que todos los contratos celebrados por el hospital sean cargados en el SECOP y el SIA OBSERVA según la normatividad vigente. Incluir en el contenido de las minutas lo referente al cumplimiento del SARLAFT para el análisis de clientes. 	<ol style="list-style-type: none"> La oficina jurídica realizó modificación el 27 de diciembre de 2017 de las listas de chequeo se adjunta la circular para persona natural y persona jurídica 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 Tercer trimestre Se incluye en todas las minutas de los distintos tipos de contratación el texto sobre Sarlaf. Por parte del profesional de planeación Sr. Carlos Hernandez se recibió capacitación sobre Sarlaf. Al grupo de compras se anexa copia del acta de la capacitación 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia soporte de la acción. Se evidencia soporte de la acción. Se evidencia copia de acta con fecha del 08/08/2017, con el tema de Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y financiación al terrorismo- SARLAFT 	
						ID01	1. Incumplimiento de la normativa vigente como centro de práctica.	<ol style="list-style-type: none"> Socializar los procedimientos del área. 	<ol style="list-style-type: none"> Se realizaron 3 socializaciones del sistema integrado de Gestión durante el año 2.017. 	<ol style="list-style-type: none"> La oficina de Control Interno evidencia socialización con fecha del 29/09/2017 sobre los temas de Procesos, Procedimientos, Instructivos, 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. 	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM. RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	Nivel de riesgo materializados	RIESGO NY	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE DICIEMBRE 31/2017		ATAZ REPORTA INFORMACION
										REPORTA	NO REPORTA	
4	DOCENCIA INVESTIGACION	4	0	0		ID02	2. Incumplimiento de la normativa vigente para la realización de investigaciones.	1. Socializar los procedimientos del área. 2. Actualizar el reglamento de investigaciones.	1. Se realizaron 3 socializaciones del sistema integrado de Gestión durante el año 2017. 2. Se modificó el reglamento de Investigación para revisión.	1. La oficina de Control Interno evidencia socialización con fecha del 29/09/2017 sobre los temas de Procesos, Procedimientos, Instruccionales, 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. 2. Se evidencia la Propuesta del Reglamento de Investigación pendiente su aprobación.	REPORTA	
						ID03	3. Trato deshumanizado en el servicio.	1. Actualizar los reglamentos existentes. 2. Adelantar campañas de humanización a los internos.	1. Se actualizó el reglamento de Internado Rotatorio. Queda pendiente la socialización para el año 2018, con los grupos de Interes 2. Se realizan 3 charlas de humanización y campaña reviviendo a carneño con apoyo de la Psicóloga de la Institución.	1. El documento se encuentra en actualizado. 2. Refiere el área realizar la Tercera charla de Humanización y campaña reviviendo a Carneño.		
						ID04	4. No Implementación de la política Institucional de innovación genera un atraso de la adquisición de competencias en el talento humano.	1. Gestionar a solicitud de la oficina de recursos humanos el apoyo en el plan de capacitación institucional a través de los convenios de docencia servicios. 2. Definir las políticas de innovación. 3. Definir plan de trabajo con el grupo de innovación Institucional.	1. Esta pendiente la asignación del docente para el curso de Triage. Los médicos manifestaron que realizaron el curso de sedación con otra institución. 2. Ya esta aprobadas las políticas de Innovación por el Comité de Docencia, Investigación e Innovación, se envían a planeación calidad para revisión. 3. No se ha iniciado las actividades por disponibilidad del Comité.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción el respectivo tramite de solicitud a la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. 2. La Oficina de Control Interno evidencia las Políticas de Innovación por el comité de Docencia Aprobadas. 3. No Se evidencia soporte ya que refiere el área que no se ha iniciado esta actividad, se recuerda que esta actividad tenía plazo hasta el 30 de Junio de 2017.		
						GF03	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. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área.	1. Se han realizado 7 capacitaciones con el área de facturación 2. Se anexan los actas reuniones y requerimientos realizados	1. Se evidencia soporte de la acción el cual reposa en la Oficina de Control Interno. 2. se evidencian las actas soporte de la acción.		
4	FACTURACION	4	4	0		GF01C	2. Servicios prestados no facturados.	1. Realizar pruebas selectivas a la facturación para validar producción - facturación. 2. Capacitar al personal medico y paramédico inherente al procedimiento de facturación, en el diligenciamiento de la HC y los soportes requeridos. 3. Capacitación y reentrenamiento al talento humano del área de facturación. 4. Requerimientos al software para la validación y trazabilidad de la facturación.	1. Se anexa copia de informe 2. Se anexa acta de reunión 3. Se anexa acta de reunión 4. Se anexa correo de requerimientos realizados durante el IV TRIMESTRE	1,2 y 3 se evidencian los respectivos soportes por parte del área de Facturación. 4. Se evidencia requerimiento a SYAC de IV Trimestre 2017		
						GF02C	3. Servicios prestados y facturados no reconocidos por la entidad.	1. Socializar los motivos de glosas a las diferentes áreas asistenciales. 2. Capacitar al recurso humano en temas de facturación de servicios de salud y cambios en la normativa vigente. 3. Realizar reporte de lunes a viernes a trabajo social de usuarios sin línea de pago definida o con inconsistencias en el servicio de internación. 4. Generar reportes a Gestión Comercial de las inconsistencias presentadas en los contratos y en la parametrización del mismo.	1. Se anexan actas de socialización de los Informes de motivos de glosas y comité de glosas. 2. Se anexa acta de reunión. 3. Se anexa copia de los reportes mensuales (una muestra) del III trimestre. 4. Se anexa copia de los reportes mensuales (una muestra) del III trimestre.	1. se evidencia soporte de actas comité de Glosas y Conciliaciones. 2. la Oficina de Control Interno evidencia soporte con la capacitación de recurso Humano en el trayecto de todos los periodos. 3 y 4 se evidencian soportes.		
						GF10	4. Inoportunidad en los términos de facturación, radicación y de auditoría de cuentas médicas.	1. Reportar a los responsables los hallazgos de parametrización, diligenciamiento y soportes incompletos de la HC médica. 2. Realizar seguimiento al auxiliar administrativo de facturación, de la entrega de la factura a la central en los términos definidos en el procedimiento. 3. Capacitar a los auxiliares administrativos de facturación y verificadores de derechos de los principales motivos de glosa, devoluciones entre otros.	1. Se anexa copia de los reportes (una muestra) del III trimestre. 2. Se anexa copia del cuadro de radicación mensual y evidencia del motivo de no radicación. 3. Se anexan actas de capacitación del área.	1. Se evidencian soportes. 2. Se evidencia soporte de radicación mensual de enero al mes de Diciembre de 2017. 3. Se evidencian actas con diferentes temas del área de Facturación con los Auxiliares Administrativos.		
						GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes área 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.	1. Se hizo entrega del PGHIR, el PIGA esta en proceso de aprobación; el Sistema de gestión ambiental esta en documentación. 2. No aplica. 3. Se anexa copia.	1. La Oficina de Control Interno evidencia según lo Informado por la Oficina de Planeación y Calidad documentos aprobados, pendiente por aprobación el PIGA se encuentra en proceso de aprobación. 3. Se evidencia soporte de la acción Copia de acta firmada con fecha del 20/04/2017 socialización del código de ética.		
5	GESTION AMBIENTAL Y SERVICIOS DE APOYO LOGISTICA	2	2	0		GA03C	2. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	1. Actualización de PEGHIR. 2. Medición de adherencia de los procedimientos aprobados.	1. Se hizo entrega del PGHIR a la oficina de Planeación totalmente actualizado y aprobado. Se anexa primera pagina del documento con firmas. 2. No aplica	1. Se evidencia soporte de Documento del Plan de Gestión de Residuos generados en la atención en salud y otras actividades PGRHS La Oficina de Control Interno evidencia documento en el cual se encuentran con sus debidas firmas. 2. Refiere el área No aplicar en esta Actividad.		REPORTA

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM. RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE DICIEMBRE 31/2017	AREA REPORTA INFORMACION
6	JURIDICA	3	3	0		GD01	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 software para que como valor agregado se entregue el modulo de procesos judiciales.	1. En proceso. 2. En proceso.	1. La Oficina de Control Interno evidencia la 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 encuentra en estado de aprobación, en 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 aprobación el otro ya esta aprobado. 2. Refiere el área encontrarse en proceso esta acción.	REPORTA
						GD02	2. Falta de oportunidad en la asistencia y asesoría a las dependencias del hospital.	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 requerida por la oficina de compra. 2. Requerir a la gerencia para el análisis de viabilidad en la implementación de la ventanilla única y del sistema de gestión documental.	1. Se anexa copia del libro de control 2. En desarrollo.	1. Se evidencia soporte de la acción. 2. Refiere el área de Jurídica encontrarse en desarrollo esta acción.	
						GD01	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 software para que como valor agregado se entregue el modulo de procesos judiciales	1. La oficina asesora jurídica, cuenta actualmente con un formato en excel con el que se alimentan los procesos y se hace seguimiento al mismo, el cual cuenta con la información que nos es solicitada por los entes de control y por las autoridades que nos vigilan, sin embargo, revisada la información no obra un instructivo para dicha labor que se encuentre en proceso de aprobación en la oficina de planeación a corte diciembre 2017, se anexa formato como soporte No. 1 2. Se realizó consulta con el administrador del software de manera verbal, con el fin de solicitar la implementación del modulo de procesos judiciales, sin embargo no se puede hacer la implementación del mismo teniendo en cuenta lo establecido en el contrato suscrito para con el administrador, por tanto dicha acción no puede ser cumplida.	1 se evidencia formato en excel 2 Refiere el área No cumplir con la acción por las razones expuestas en la evaluación por parte del área de Jurídica.	
						GD02	2. Falta de oportunidad en la asistencia y asesoría a las dependencias del hospital	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 requerida por la oficina de compra 2. Requerir a la gerencia para el análisis de viabilidad en la implementación de la ventanilla única y del sistema de gestión documental.	1. En el archivo de gestión de la oficina jurídica obra libro de manejo de control de correspondencia que es donde reposa la información de entrada de solicitudes etc y, adicionalmente se cuenta con libro de oficios jurídica que hacen relación a la información de salida de la misma. Estos libros reposan en el archivo de gestión de la oficina y su manejo es diario. Se anexan folios de los libros que dan cuenta de lo aquí mencionado, sin embargo en su totalidad se pueden evidenciar, tal y como 2. La implementación de la ventanilla única se llevó a cabo, sin embargo dicha gestión no fue realizada por el área jurídica de la Entidad. En la actualidad se cuenta con un usuario y una contraseña asignada a la oficina a través de la cual se realiza el control diario de gestión documental, información que llega al correo electrónico juridica@hfilleras.gov.co y cuya clave la maneja el director de la oficina o quien haga sus veces.	Se evidencia por parte del área de Jurídica copia de algunas hojas de libros en los cuales llevan registros de control de correspondencia, libros de oficios del área entre otros libros que se encuentran dentro del área. 1. La Oficina de Control Interno recibe información por parte del área de Jurídica con respecto de la acción con la cual se cuenta con un usuario y una contraseña a asignada a la oficina a través de la cual realizan el control diario en cuanto a la gestión documental.	
						GD03C	3. Ineficiencia en la gestión jurídica de asesorar, asistir y defender.	1. Elaborar los procedimientos de la oficina jurídica. 2. Realizar inducción y re inducción en temas de supervisión. 3. Realizar circulares y/o correos electrónicos informativos a las oficinas intervinientes en los procesos para la entrega oportuna de la información. 4. Reportar para el inicio de procesos disciplinarios, fiscales y penales por incumplimiento reiterado de los requerimientos realizados por la oficina jurídica. 5. Incluir en las minutas cláusula de prevención de sarlaft. 6. Definir como causal de terminación de los contratos el reporte de los contratistas en las bases de datos de los organismos establecidos por la superstat para el SARLAFT.	1. 2. Se asistió a las jornadas de inducción y reinducción programadas por la oficina de talento humano, donde se convocó al personal de la oficina jurídica, contando con la asistencia de nuestro técnico y nuestros profesionales universitarios cuando fue el caso. Dicha asistencia obra en las actas que reposan en la oficina de talento humano. Se anexa evidencia en archivo pdf adjunto 3. Se elaboraron diferentes proyectos de circulares y, adicionalmente se recibieron solicitudes a través de los correos electrónicos que fueron respondidos oportunamente. se anexa como evidencia, circular proyectada por la oficina jurídica y suscrita por la gerencia dirigida a los supervisores de los contratos. ANEXO 4 4. No se presentaron procesos de esta clase por incumplimiento reiterado a requerimientos de la oficina jurídica. 5. Se anexa copia de cláusula incluida en los contratos ANEXO 5 6. Se anexa copia de cláusula incluida en los contratos. ANEXO 5 Y ANEXO 6	1. La Oficina de Control Interno evidencia la 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 encuentra en estado de aprobación, en 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 aprobación el otro ya esta aprobado. 2. La Oficina de Jurídica participa en las jornadas de Inducción y Reinducción programación realizada por el HFULLERAS. 3. Se evidencia soporte de la acción Circular. 4. Refiere el área de Jurídica no se han presentado. 5 y 6 se evidencian los respectivos soportes por parte del área de Jurídica.	
						GD01C	1. No garantizar el debido proceso.	1. Verificar que el cuadro "Archivo Procesos Disciplinarios" dentro del Procedimiento de Gestión del CID se ajuste a las necesidades de la oficina. 2. Medir la adherencia del Procedimiento de Gestión del Control Interno Disciplinario. 3. Realizar inducción del Código Único Disciplinario conforme cronograma de definido por la oficina de talento humano.	1. Se realizó la revisión del formato y se modificó en el sentido del trámite que se necesita para el resguardo de los procesos dicha modificación fue aprobada el 13 de julio del presente año. 2. La presente se encuentra en implementación. 3. Se realizaron 4 inducciones las cuales fueron programadas por la oficina de talento humano para lo mismo adjunto copia.	1. Se evidencia soporte de correo de sobre con fecha del 13 de Julio de 2017 Modificación tabla de procesos disciplinarios. 2. Se evidencia el Procedimiento del área aprobado según información suministrada por la Oficina de Planeación Calidad. 3. Se evidencia soporte de asistencia de inducción en el que participa el proceso.	
7	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	2	2	0		GD02C	2. Trámite no oportuno a todos los procesos disciplinarios.	1. Definir un plan de contingencia para sanear el represamiento de procesos de vigencias anteriores. 2. Implementar el incremento de personal para proceso de depuración y control de términos de los procesos disciplinarios.	1. Se realizó un informe del estado de los procesos después de haber realizado el empalme para establecer las condiciones del área en el momento en que se recibe, dicho informe fue enviado por vía correo electrónico con radicado 1003-OCID 0002 del 12 Julio de 2017. 2. Se realizó la contratación de dos juzgantes mediante contrato de prestación de servicio con inicio de ejecución del 24 de julio de 2017, los cuales han apoyado la oficina, en el proceso.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte del correo electrónico enviado. 2. Se evidencia copia de contratos.	REPORTA

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE DICIEMBRE 31/2017	AREA REPORTA INFORMACION
8	TESORERIA Y PAGADURIA	4	4	0		GF01C	1. Inadecuada selección de la entidad financiera donde se depositan los recursos de la Institución.	1. Elaborar el instructivo para el análisis del portafolio de servicios. 2. Elaborar el instructivo para la apertura de cuenta bancaria.	1. En Desarrollo. 2. El 13 de Septiembre de 2017 se aprobó el instructivo código GF-IN-051 apertura, cancelación y cambio de firmas cuentas bancarias Anexo evidencia.	1. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción. 2. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción.	REPORTA
						GF02C	2. Manejo inadecuado de los recursos.	1. Elaborar instructivo para el manejo del efectivo. 2. Elaborar instructivo para el transporte y consignación en bancos de los dineros recaudados en caja. 3. Solicitar instalación de cámaras en los puntos de recaudo y sensores de movimiento en tesorería.	1. Se tiene aprobado los instructivos GF-IN-019, Recaudo en efectivo, GF-IN-011, Legalización recaudos de caja, GA-IN-048, elaboración arqueos de caja, GF-IN-017 Pagos 2. En Desarrollo. 3. Con el oficio 1203-TP-0747, radicado interno 12391 del 9-Nov-17, se refirió el oficio 1203-TP-0350 radicado interno 5200 del 18 may-17, en el que se solicitó el cambio para cajeros y cámaras de seguridad y sensor de movimiento para la tesorería.	1. Se evidencia Información suministrada por parte de la Oficina de Planeación y calidad que los documentos nombrados en la evaluación de la acción se encuentra debidamente aprobados. 2. El área de Tesorería y Pagaduría refiere en la observación encontrarse en desarrollo la acción. 3. Se evidencia Oficio enviado para solicitud de cámaras de seguridad.	
						GF03	3. Generar 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. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área.	1. En el trimestre Octubre- diciembre de 2017 se reportaron mensualmente las inconsistencias evidenciadas con el módulo de nómina, desde los módulos de contabilidad, costos y presupuesto. 2. En el trimestre octubre- diciembre de 2017 se realizaron actas de reunión con el proveedor del software acerca de validar los inconvenientes presentados en el módulo de presupuesto (8), así mismo se remitieron correos por parte de las demás áreas.	1 y 2 Se evidencia soporte de cada una de las acciones.	
						GF06	4. Incumpliendo de plazos de informes.	1. Elaborar cronograma de informes internos y externos.	1. Se actualiza el cronograma de informes conforme a la Normatividad Vigente.	1. Se evidencia soportes.	
9	CONTABILIDAD	2	2	0		1.	1. Generar información financiera no razonable.	1. Realizar reporte de inconformidad a los responsables de la información reportada. 2. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. 3. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área.	1. En el trimestre Octubre- diciembre de 2017 se reportaron mensualmente las inconsistencias evidenciadas con el módulo de nómina, desde los módulos de contabilidad, costos y presupuesto. 2. En el trimestre octubre- diciembre de 2017 los funcionarios del área de presupuesto socializaron la ejecución presupuestal, saldos por apropiar o anular, haciendo énfasis en la necesidad de liberar saldos para una correcta ejecución y liquidación de contratos, lo que se refleja en los informes ley. 3. En el trimestre octubre- diciembre de 2017 se realizaron actas de reunión con el proveedor del software acerca de validar los inconvenientes presentados en el módulo de presupuesto (8), así mismo se remitieron correos por parte de las demás áreas.	1. Se evidencian correos manifestando inconformidades y requisitos 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. 2 y 3 Se evidencia soporte de cada una de las acciones.	REPORTA
						2.	2. Incumpliendo de plazos de informes.	1. Elaborar cronograma de informes internos y externos.	1. Se actualiza el cronograma de informes conforme a la Normatividad Vigente.	1. Se evidencia el Cronograma de Informes.	
10	COSTOS	3	3	0		GF03	1. Generación de información financiera no razonable.	1. Realizar circular para los diferentes responsables requiriendo información de costos especificando los plazos y la calidad de la información. 2. Realizar reporte de inconformidad a los responsables de la información reportada. 3. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. 4. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área.	1. En el trimestre abril- junio 2017, el área de costos envió memorando a los responsables que reportan información para distribución de costos, así mismo se hace seguimiento en forma mensual mediante correo electrónico recordando esa solicitud. 2. En el trimestre Octubre- diciembre de 2017 se reportaron mensualmente las inconsistencias evidenciadas con el módulo de nómina, desde los módulos de contabilidad, costos y presupuesto. 3. En el trimestre octubre- diciembre de 2017 los funcionarios del área de presupuesto socializaron la ejecución presupuestal, saldos por apropiar o anular, haciendo énfasis en la necesidad de liberar saldos para una correcta ejecución y liquidación de contratos, lo que se refleja en los informes ley. 4. En el trimestre octubre- diciembre de 2017 se realizaron actas de reunión con el proveedor del software acerca de validar los inconvenientes presentados en el módulo de presupuesto (8), así mismo se remitieron correos por parte de las demás áreas.	1. 2. 3. 4 Se evidencia soporte de cada una de las acciones.	REPORTA
						GF06	2. Incumpliendo de plazos de Informes.	1. Elaborar cronograma de informes internos y externos	1. Se actualiza el cronograma de informes conforme a la Normatividad Vigente.	1. Se evidencia el Cronograma de Informes.	
						GF07	3. No contar con un sistema de costo como herramienta para la toma de decisiones.	1. Actualizar los procedimientos e instructivos. 2. Realizar requerimiento a los responsables de cada área del reporte de información con oportunidad y calidad. 3. Realizar reportes de inconformidad de información reportada por responsables. 4. Implementar el sistema de costos.	1. El Área contable cuenta con 12 instructivos aprobados, el área de tesorería con 7 y el área de costos con 3; con sus correspondientes procedimientos. Tesorería cuenta con 5 formatos 2. Mensualmente se envía vía email, solicitando información a los responsables de reportar. 3. En desarrollo. A los responsables de reportar información se le consulta cuando no es clara la información. (Vía email) 4. El módulo de costos de encuentra parametrizado en un 100%, socializado con los responsable la periodicidad y forma de reporte, con los ajustes al plan de cuentas se inicia implementación en enero-18	1. La oficina de Control Interno realiza observación al avance de gestión documental en cuanto a los siguientes documentos así: 12 instructivos aprobados en contabilidad, 7 documentos en pagaduría aprobados de igual manera se verifico en que estado se encuentran el resto de documentación. 2. Se evidencia soporte 3. Refiere el Proceso de Costos encontrarse en desarrollo. 4. Refiere el Proceso de Costos aún se encuentra en estado de implementación.	
11	SUPUESTO	4	4	0		GF03	1. Generar información financiera no razonable.	1. Realizar reporte de inconformidad a los responsables de la información reportada. 2. Programar y realizar capacitaciones con el personal del hospital en temas relacionados con el buen manejo de la información financiera. 3. Requerir a los proveedores del software sobre los inconvenientes presentados en los módulos del área.	1. En desarrollo. A los responsables de reportar información se le consulta cuando no es clara la información. (Vía email) 2. En el trimestre octubre- diciembre de 2017 los funcionarios del área de presupuesto socializaron la ejecución presupuestal, saldos por apropiar o anular, haciendo énfasis en la necesidad de liberar saldos para una correcta ejecución y liquidación de contratos, lo que se refleja en los informes ley. 3. En el trimestre octubre- diciembre de 2017 se realizaron actas de reunión con el proveedor del software acerca de validar los inconvenientes presentados en el módulo de presupuesto (8), así mismo se remitieron correos por parte de las demás áreas.	1. El área refiere encontrarse esta acción en desarrollo 2. Se evidencia soporte de cada una de las acciones. 3. Se evidencia por parte del área las respectivas áreas.	REPORTA
						GF04	2. Planeación presupuestal inadecuada.	1. Realizar informe mensual de seguimiento a la ejecución de presupuesto.	1. Con oficios 1201-PSTP-50 del 15-nov-17 se remitió informe a la Oficina de Control Interno y a la PU de Calidad para reporte a la Superintendencia en seguimiento al plan de acción	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción.	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS				RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE DICIEMBRE 31/2017	ÁREA REPORTA INFORMACIÓN
		NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 75%	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 50%	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 25%						
12	EPIDEMIOLOGIA	5	5	0	GF05	3. Ejecución presupuestal errada.	1. Seguimiento a los CDP y a los registros presupuestales expedidos.	1. Se realizó reunión con los coordinadores de UF, para revisión de saldos pendientes de apropiar u obligar, según actas del 26 de octubre y 20 de noviembre del 2017 y comos de seguimiento.	1. Se evidencia Acta de reunión con fecha del 2011/2017 Revisión movimiento presupuestal remuneración de servicios técnicos de Enero a Oct/2017, se evidencia Acta con fecha del 26/10/2017 en el cual se observa el tema a tratar Revisión de saldos presupuestal por obligar a Septiembre 30/2017, se evidencian Correos.	REPORTA	
					GF06	4. Incumpliendo de plazos de Informes.	1. Elaborar cronograma de informes internos y externos.	Se actualizó el cronograma de informes conforme a la Normatividad Vigente.	1. Se evidencia el Cronograma de Informes.		
					VED1	1. Inoportunidad en la identificación, análisis y gestión de los eventos y la Información.	1. Completar los procedimientos y/o instructivo del Área. 2. Ajustar 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 cronograma de reporte de entrega de información estadística.	1. La implantación de la Historia Electronica se ha mejorado la oportunidad y la accesibilidad a la información consignada para dar respuesta a las necesidades y requerimientos estadísticos y de vigilancia. 2. Se continua en la implementación de la Documentación. 3. La Capacitación como Objetivo Institucional in se ha dado por entes externos de carácter municipal, departamental y nacional. 4. Durante este último trimestre la captura de la Información Institucional ha continuado sus lineamientos y cumplimiento de la misma, generando análisis y consolidación de la misma , permitiendo realizar los diferentes informes de caracter intra o extra institucional que permiten la toma de decisiones.	1 y 2 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 Diciembre de 2017 se tiene lo siguiente: 1 Procedimiento Aprobado, Caracterización Aprobado, Manuales 4 aprobados, 1 Programa de vigilancia aprobado, y 2 Programas en procesos de Aprobación, 2 Protocolos Aprobados, 3 Instructivos en esta de edición y revisión. 3. Refiere el área que hasta el momento no se ha presentado capacitación 4. Se evidencia diferentes entrega de informes algunos como: Informe de atención inicial por medio general, Informe de registro individual de defunciones, Informe de resumen mensual de censos diario de pacientes, Informe de Indicadores de Calidad mensuales, Informe de Satisfacción Global de clientes atus Indicadores entre otros Informaciones que genera el área de Epidemiología.	REPORTA	
					VED2	2. Uso inadecuado de la información del área.	1. Ajustar acorde a la normativa vigente el cumplimiento de la gestión documental. 2. Completar los procedimientos y/o instructivo del Área.	1 La oficina de Gestión Documental nos hizo entrega de la tabla de RETENCION DOCUMENTAL e hizo recomendaciones sobre el manejo de la misma.	1 y 2 La oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción sobre las tablas de Retención del área.		
					VED3	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 del SIVIGILA 2. Medición de adherencia de los protocolos de vigilancia epidemiológica e infecciones 3. Completar los procedimientos y/o instructivo del Área.	1. A LA FECHA SE HAN REALIZADO 9 REUNIONES DEL COMITÉ DE IAAS). 2. LISTAS DE CHEQUEOS Y APLICACION 3. LISTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS.	1. Se evidencia registro de comportamiento del indicador de IAAS durante el año en el cual lo remiten a la Super como indicador de calidad. 2. Se evidencia soporte con fichas de casos de Infecciones intrahospitalarias, Indicadores Tasa global de Infección Asociada a la Atención en salud 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 Diciembre de 2017 se tiene lo siguiente: 1 Procedimiento Aprobado, Caracterización Aprobado, Manuales 4 aprobados, 1 Programa de vigilancia aprobado, y 2 Programas en procesos de Aprobación, 2 Protocolos Aprobados, 3 Instructivos en esta de edición y revisión.		
VED4	4. Incumplimiento a las acciones de control y prevención de los eventos de salud pública.	1. Medir la adherencia del instructivo de búsqueda activa de los eventos sígila. 2. Generar requerimiento por incumplimiento de acciones al responsable del área. 3. Concertar planes de mejora con base en los análisis de los eventos sígila. 4. Reportar al comité de vigilancia epidemiológica el resultado de las acciones no cumplidas.	1. Instructivo de las BAIS. 2. planes de mejoramiento con las recomendaciones 3. socialización de los planes de mejoramiento 4. A la fecha se realizaron SEIS reuniones del Comité de Vigilancia Epidemiológica.	1. Se evidencia reporte de Informe BAI semanal 2. Se evidencia Plan de Mejoramiento 3. No se evidencia socialización de los Planes de Mejoramiento. 4. Se evidencia soporte con acta de Reunión con el comité de vigilancia Epidemiológica acta con fecha del 31/10/2017.							
VED5	5. Trato deshumanizado en el servicio.	1. Socializar la política interna de humanización del servicio 2. Socializar la directriz de la utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal. 3. Verifica el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos del personal adscrito al área.	1. Durante el último semestre se realizó por el grupo de psicología y salud ocupacional una evaluación de convivencia y clima laboral del área	1. Se evidencia documento sobre Informe de Convivencia y Clima Laboral con sus recomendaciones.							
ÚTICO					1.	1. Realizar seguimiento al acuerdo entre los servicios horarios de formulación y entrega de medicamentos y dispositivos. 2. Realizar seguimiento al horario establecido con el área logística para la recolección y entrega de pedidos entre sedes. 3. Actualización de los procedimientos e instructivos con la implantación al nuevos sistema de información 4. Realizar seguimiento a los niveles máximos y mínimos de medicamentos y dispositivos en existencia 5. Realizar seguimiento a los tiempos de entrega según contrato de proveedores	1. no se tiene establecidos horarios de entrega de medicamentos, debido a que el horario de formulación no se estandarizado, ya se ha realizado la solicitud al departamento de enfermería, pero no se ha recibido respuesta de parte de este departamento. 2. desde el mes de junio el servicio de urgencia se encuentra en la cede la franco, lo cual ha facilitado la entrega de los medicamento y dispositivos medicos 3. los documentos fueron enviados a calidad para aprobación 4. se realizó parametrización en el sistema, se envía seguimiento. 5. se envían actas de supervisión hasta noviembre, se estan realizando las de Diciembre	1 y 2 Se evidencia Gestión por parte del servicio con fecha del 03/08/2014 reiterando la solicitud que sean asignados horarios para la entrega de medicamentos a los servicios asistenciales esto con el fin de mejorar la oportunidad en la prestación del servicio farmacéutico. 3. La Oficina de Control Interno junto con la Información recibida por parte de la Oficina de Planeación y Calidad Información con fecha de corte del mes de Diciembre 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 hasta el corte de Diciembre se encuentran aprobados al igual que los Instructivos, 5 Procedimientos aprobados 1 Manual Aprobado y 2 Programas aprobados. 4. Se evidencia Parametrizado 5. Se evidencia actas de supervisión.	REPORTA		
					2.	1. Sensibilización del personal en cuanto a su ética profesional. 2. Solicitud de cámaras de seguridad en área de recepción. 3. Capacitación al personal mediante el programa de inducción y reintroducción. 4. Realizar ajuste al procedimiento recepción de medicamentos y dispositivos medicos en cuanto a la realización de auditorias para determinar el cumplimiento a las especificaciones de calidad contratadas. 5. Elaborar instructivo para establecer el sistema de muestreo acorde al volumen de los medicamentos y dispositivos medicos para medir condiciones técnicas.	1. se envía formato de asistencia. 2. Se realizó la socialud. 3. Se envía informe de capacitaciones programadas y realizadas 4. Se ajusta el procedimiento y se envía a calidad 5. en el manual del servicio farmacéutico esta referenciado que el muestreo se realiza teniendo en cuenta la tabla de miltar estándar.	1. Se evidencia formato de Asistencia 2. se evidencia solicitud por parte del servicio. 3. Se evidencia planillas de asistencia a programas de Inducción y Reintroducción donde se registra la participación del personal del Servicio Farmacéutico. 4. se evidencia aprobado 5. se evidencia instructivos aprobados			

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NÚMERO DE RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NÚMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	S. de riesgo materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE DICIEMBRE 31/2017	AREA REPORTA INFORMACION
13	SERVICIO FARMACEUTICO	5	0	0		3.	3. Pérdida en la calidad del medicamento y dispositivos médicos	<ol style="list-style-type: none"> Sensibilización del personal en cuanto a su ética profesional. Solicitud de cámara de seguridad en área de recepción. Capacitación al personal mediante el programa de Inducción y reintroducción. Seguimiento al plan de mantenimiento preventivo. Implementar visitas internas de verificación de cumplimiento de especificaciones técnicas para la conservación de medicamentos y dispositivos. 	<ol style="list-style-type: none"> Se realizó capacitación, se envió formato de asistencia. ya se realizó la solicitud. Se envía informe de capacitaciones programadas y realizadas En el plan de mantenimiento hace falta la calibración de termohigrometros y termómetros, se envían reportes de mantenimiento. Se envían evidencias. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia soporte de capacitación Se evidencia solicitud. Se evidencia planillas de asistencia a programas de Inducción y Reintroducción donde se registra la participación del personal del Servicio Farmacéutico. se evidencia soporte se evidencia soporte por parte del proceso. 	REPORTA
						4.	4. Pérdida de medicamentos y dispositivos médicos	<ol style="list-style-type: none"> Revisar cronograma de realización de inventarios internos. Verificación de las actas de entrega en cada turno de los medicamentos de control y alto costo. Solicitar el aumento de medios tecnológicos en seguridad. restricción de permisos en el manejo del sistema de información existente. Sensibilización del personal en cuanto a su ética profesional. Requerir a la oficina jurídica polizas de manejo para la PU de farmacia 	<ol style="list-style-type: none"> Se anexa cronograma. Se realiza verificación Se realizó solicitud Se realizó solicitud Se envía formato de asistencia el coordinador del servicio farmacéutico tiene polizas de manejo 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia cronograma Se evidencia soporte de informe de verificación de actas de entrega de medicamentos de control de alto costo. Se evidencia solicitud Se evidencia solicitud Se evidencia formato de asistencia La Oficina de Control Interno No evidencia soporte de la acción. 	
						5.	5. vencimientos de medicamentos y dispositivos medicos	<ol style="list-style-type: none"> Generar reporte de medicamentos y dispositivos próximos a vencer. Solicitar al proveedor el cambio de medicamentos y dispositivos próximos a vencer. 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. Elaborar lista de chequeo para la medición de adherencia del instructivo de control de fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos. 	<ol style="list-style-type: none"> Se tiene por el sistema el reporte Se envía notificación Se elaboro lista de chequeo 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia soporte hasta el mes de Septiembre vencimiento de productos. Se evidencia solicitud de medicamentos próximos a vencer. se evidencia documento se evidencia soporte de lista de chequeo adherencia del instructivo de control de fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos. 	
14	GESTION COMERCIAL	4	4	0		CC01	1. Ventas de servicios de salud sin respaldo contractual con las es habilitadas en el departamento del Tolima.	<ol style="list-style-type: none"> Realizar reuniones de negociación con las ERP para definir acuerdos contractuales. 	<p>1ER TRIMESTRE: Se realizan 4 reuniones de negociación en la cual se deja acta firmada, se realiza un (1) contrato y dos (2) otro si.</p> <p>200 TRIMESTRE: Se realiza acuerdo contractual con Positiva Compañía de Seguros.</p> <p>3ER TRIMESTRE Se firma acuerdo contractual con Asmet Salud y Gobernación del Tolima.</p> <p>4TO TRIMESTRE Se firma acuerdo contractual con Salud Vida Subsidiado y Salud Vida Contributivo</p>	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencian contratos con Salud vida Contributivo y Subsidiado el primero por un valor del contrato de \$ 240 millones y el otro por \$ 8.400 Millones cada uno con fecha Inicial desde el 1/10/2017 hasta el 30/09/2018. 	REPORTA
						CC02	2. No garantizar el flujo de recursos por venta de servicios de salud.	<ol style="list-style-type: none"> Realizar informe trimestral de cartera. Elaborar Cronograma de visita de conciliación financiera y/o gestión de cobro a las entidades con mayor venta. Realizar acuerdos de pago con las entidades. 	<ol style="list-style-type: none"> Se anexa informe del 4to Trimestre. Se anexa cronograma de conciliación financiera y soporte de las mismas. Se realizan conciliaciones Financieras y de glosas con el fin de depurar la Cartera y así realizar los acuerdos de pago con la entidades responsables de pago. (adjunto Soportes). 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia informe trimestral de Cartera Diciembre de 2017. Se evidencia cronograma de conciliaciones Financiera de Diciembre de 2017. Se evidencian los respectivos soportes. 	
						CC03	3. No elaboración del Plan de Mercadeo.	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar el procedimiento de Mercadeo. Elaborar cronograma de actividades para elaborar el plan de mercadeo. 	<ol style="list-style-type: none"> Se anexa Procedimiento CC-PR-001 ELABORACION PLAN DE MERCADEO. Se anexa Cronograma de actividades. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia que el Documento se encuentra Aprobado evidenciado por gestión Documental a corte de Diciembre. Se evidencia Formato cronograma de Actividades 	
						CC04	4. No elaboración y difusión del Portafolio de Servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Ejecutar el procedimiento de Mercadeo. Difundir el portafolio de servicios a las ERP habilitadas en el Dpto. 	<ol style="list-style-type: none"> Se anexa formatos diligenciados los cuales fueron base para la propuesta de servicios del año 2018. Se anexa soporte de la entrega de los portafolios a las entidades Habilitadas del Departamento. 	<ol style="list-style-type: none"> La Oficina de Control Interno evidencia los siguientes Formatos del área de Gestión Comercial diligenciados tales como : Capacidad camas por IPS, RANKING del cliente, Matriz de Población, Matriz de tarifas por IPS Se evidencia copia del Portafolio de Servicios Actualizado 	
15	GESTION DOCUMENTAL	3	3	0		GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes área que conforman el proceso de Gestión administrativa. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la Institución. Ajustar y aprobar el programa de gestión documental. Implementar la 1 etapa del programa de gestión documental. Socialización del código de ética al personal nuevo. 	<ol style="list-style-type: none"> Falta instructivo de tablas de retención e implementación de tablas de retención. Se realizó la actualización del Instructivo del Manejo de registros Clínicos el cual se envió a la oficina de planeación para su Revisión. El documento se presentó al comité interno de archivo donde los integrantes pidieron realizar unos ajustes los cuales ya se hicieron y se volverá a presentar a dicho comité. Se realizaron 42 encuestas documentales, se realizó el cuadro de clasificación, va un 100 % de cada una de las tablas de retención documental. Se realizó en el mes de marzo la socialización del código de ética. 	<ol style="list-style-type: none"> Refiere el Proceso estar en realización del instructivo de las Tablas de retención 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 Diciembre en estado de Aprobación. Se encuentra el Documento Aprobado información suministrada por la Oficina de Planeación y Calidad. 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 del Hospital. Se evidencia copia de acta de Socialización con fecha del 18/03/2017 con el grupo de Gestión Documental. 	REPORTA
						GA02	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Establecer tabla de indicadores de seguimiento. Elaborar instructivo plan de contingencia de la Historia Clínica. 	<ol style="list-style-type: none"> Los indicadores de trabajo de la dependencia de Gestión Documental se realizan en el formato de FICHA TECNICA DE INDICADORES PC-FR-009. El plan de contingencia fue valorado y aprobado por el comité de historia clínica, el cual hace parte del instructivo de manejo de registros clínicos en el capítulo numero 6 	<ol style="list-style-type: none"> La Oficina de Control Interno evidencia los Indicadores del área de Gestión Documental en la Evaluación realizada trimestralmente como lo es el POA. 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 Diciembre en estado de Aprobación. 	

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 DICIEMBRE 31/2017	AREA REPORTA INFORMACION
16	INTERMEDIACION MEDICA	3	3	0	0%	GA03C	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Solicitar adecuación de infraestructura para la organización del archivo físico. Establecer plan de emergencias del archivo físico. Establecer política para la custodia del archivo Gestionar y Elaborar la clasificación de la información conforme la normativa vigente. Socialización del código de ética al personal nuevo. 	<ol style="list-style-type: none"> Se encuentra pendiente (se esta analizando realizar la propuesta para contratar la organización y adecuación de las áreas de archivo). Se encuentra pendiente. Se realizaron las políticas de gestión documental donde se barca todos los temas de G.D. y donde que da incluido las políticas que se mencionan. Se encuentra ya hecho el formato de activos de información y de información clasificada y reservada están para presentar ante el comité de ley de transparencia. Se encuentra pendiente. 	<ol style="list-style-type: none"> Se encuentra pendiente refiere el área de Gestión Documental esta actividad estaba por corte de Junio de 2017. Se encuentra pendiente refiere el área de Gestión Documental Se evidencian las políticas de gestión Documental se evidencia resolución 2372 7 del 25 de julio de 2017 por medio de la cual se adopta las políticas de gestión documental del Hospital. Se evidencia documento. No se evidencia soporte de la socialización del código de ética con el personal nuevo. 	REPORTA
						SI02C	1. Inoportunidad en la prestación del servicio en internación.	<ol style="list-style-type: none"> Documentar los protocolos y guías de Manejo. Medición de adherencia de los protocolos y guías de manejo aprobadas de la institución. Implementar el procedimiento para la auditoria concurrente. Seguimiento y análisis del informe de entrega de turno del profesional de enfermería. Seguimiento a la oportunidad en la asignación e ingreso de pacientes en el servicio de internación. Seguimiento de los términos definidos en el procedimiento de liberación y asignación de camas en la fase de aso terminal. Ajustar los procedimientos aprobados que requieran conforme al nuevo sistema de información. 	<ol style="list-style-type: none"> Listado de avances en documentación médica y de enfermería perteneciente a la Unidad Funcional de Internación Médica. Reporta de la Oficina de Calidad. Se realizó medición de adherencia de guías del servicio de Sala de partos y Gineco Obstetricia, en cada uno de los meses del periodo , IV trimestre de 2017, por parte de auditores concurrentes. Durante este periodo, los auditores concurrentes han realizado la implementación de sus proceso con los respectivos informes. A diario se revisan los informes de entrega de turno de los servicios de internación médica y se realizan los requerimientos pertinentes al servicio de farmacia y/o subgerencia Científica. Seguimiento permanente a través del aplicativo dinámica y comunicación con el área de asignación de camas en referencia. Seguimiento permanente a través del aplicativo dinámica y comunicación con el área de asignación de camas en referencia. En todos los procedimientos aprobados se han realizado los ajustes pertinentes al nuevo sistema de información. 	<ol style="list-style-type: none"> La Oficina de Control Interno evidencia la Documentación enviada a la Oficina de Planeación y Calidad en lo concerniente al avance Documental de Enfermería en el cual se encontraron: caracterización aprobada, formatos, Guías, Instructivos, manuales, y protocolos algunos aprobados otros en revisión y otros en edición, los procedimientos se encuentran 2 aprobado y 1 en estado de adición. Información suministrada por la Oficina de Planeación y Calidad con corte a Diciembre de 2017. Y 3 se evidencia el respectivo soporte por parte del área de Internación Médica Informes de evaluación adherencia a la guía práctica clínica realizados por parte de los auditores concurrentes, también se evidencian calificaciones de Indicador de Adherencia. Se evidencian los respectivos entregues de turno de los servicios de internación médica. Se evidencia Informes de producción. La Oficina de Control Interno evidencia según información aportada por la Oficina de Planeación y Calidad que el área de internación con corte de Diciembre presenta 2 procedimientos con aprobación los cuales son: SI-PR-001 y SI-PR-005. 	
						SI02C	2. Ocurrencia de eventos adversos e incidentes.	<ol style="list-style-type: none"> Implementar rondas de seguridad por los servicios. Documentar las Guías y protocolos de Manejo. Medición de adherencia de las guías y protocolos de manejo de la institución. Verificación del cumplimiento del plan de mantenimiento anual para los servicios de internación. Reporte y seguimiento a los eventos adversos ocurridos por los registros errados. 	<ol style="list-style-type: none"> Durante el periodo se han realizado rondas de seguridad en diferentes servicios de internación médica. A la fecha se encuentra un avance del 92,89% de entrega de documentación de guías y protocolos médicos y de enfermería al área de calidad para su revisión y aprobación. De los cuales se encuentran Aprobados el 58,77%, Revisión 7,11%, Proceso 9,95%, Estado 8,06% y en Edición 9,0%. Se realizó medición 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. Reporte realizado por la coordinadora de mantenimiento. No se presentaron durante este periodo reporte de eventos adversos ocurridos por registros errados. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia lista de Chequeo integral en rondas de seguridad en los diferentes servicios del HELLERAS. se tiene carpeta en el cual existe mes a mes los soportes de esas rondas se evidencia el corte del ultimo trimestre de 2017. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción en cuanto al avance de la gestión Documental del área, algunas GUIAS y PROTOCOLOS se encuentra aprobados. se evidenció soporte de la acción. Se evidencia información por parte de de Mantenimiento. Refiere el área que durante este periodo no se reportaron eventos adversos ocurridos por registros errados. 	
SI03	3. Trato deshumanizado en el servicio.	<ol style="list-style-type: none"> Socializar la política interna de humanización del servicio. Realizar requerimiento al programa de salud ocupacional para programar charlas para manejo de stress laboral. Socializar la medida de utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal. 	<ol style="list-style-type: none"> Se realizó por parte de Recursos humanos y Departamento de enfermería en el proceso de inducción y re inducción. Se realizó el requerimiento. Se ha realizado socialización con el grupo médico asistencial. 	<ol style="list-style-type: none"> La Oficina de Control Interno evidencia soporte. Se evidencia soporte por parte del área de Seguridad y Salud en el trabajo. Se evidencia Circular del 5 de abril de 2016 mencionando la No utilización de Celulares. 							
17	SALUD OCUPACIONAL	3	3	0		GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes área que conforman el proceso de Gestión administrativa. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución. Socialización del código de ética al personal nuevo. 	<ol style="list-style-type: none"> El día 2 y 3 de mayo se envía a planeación y calidad los documentos para revisión, ajustes y asignación código de calidad. El día 2 y 3 de mayo se envía a planeación y calidad los documentos para revisión, ajustes y asignación código de calidad. Actividad realizada el 1 de septiembre se anexa acta. 	<ol style="list-style-type: none"> Y 2 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 del área evidenciando que los documentos se encuentra Aprobados por parte del área de Planeación. Se evidencia soporte de la actividad realizada mediante acta con fecha de Septiembre. 	REPORTA
						GA02	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar el instructivo de auditoría para la implementación del sistema de seguridad y salud en el trabajo. 	<ol style="list-style-type: none"> El día 2 de mayo se envía programa de auditoría del S.G.S.S.T para revisión y ajustes y asignación de código de calidad. Calidad asigna código GAG-PG-015 SE ANEXA DOCUMENTO. 	<ol style="list-style-type: none"> 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 del área evidenciando que los documentos se encuentra Aprobados por parte del área de Planeación. 	
						GA03C	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Actualizar el plan hospitalario de emergencia 	<ol style="list-style-type: none"> El plan de emergencia se termina actualización el 6 de junio de 2017. 	<ol style="list-style-type: none"> La Oficina de Control Interno evidencia que el Plan se encuentra Aprobado según información suministrada por el proceso de Planeación y calidad en la parte de Gestión Documental. 	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NÚM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NÚMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	Suba riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CORTE DICIEMBRE 31/2017	ÁREA REPORTA INFORMACIÓN
18	MANTENIMIENTO	3	3	0		GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión administrativa. 2. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la Institución. 3. Actualizar inventario de planes de infraestructura de la Institución (catastro hospitalario). 4. Socializar el Plan de mantenimiento anual. 5. Actualizar el plan de reposición de equipos. 6. Socialización del código de ética al personal nuevo.	1. Se tiene 3 programas de mantenimiento 1 aprobado, 2 manuales de equipos no aprobado y en proceso, 1 procedimiento aprobado y 10 formatos e instructivos de los cuales 4 ya están aprobados. 2. No aplica para el área de mantenimiento, debido que no hay procedimientos en dinámica. 3. Se actualizaron los planes referente a los depósitos de aseo del 5 y 6 piso de Oriental. 4. La Ingeniería Línea evaluó como enviado a los coordinadores, pero no encontró correo de soporte. 5. Plan de reposición aprobado con código de documento GA-PG-004 6. No ha sido necesario pues no ha ingresado personal nuevo.	1 y 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 bien hasta la fecha de corte de Diciembre el Procedimiento En estado de Aprobación, algunos Formatos Aprobados y 1 Instructivo se encuentra en edición. 3. Se evidencia soporte de la acción. 4. No se evidencia soporte de la acción. 5. Se evidencia aprobado el documento de reposición de equipos. 6. Refiere el área que no se ha ingresado personal nuevo.	REPORTA
						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 aislados, equipos no encontrados)	1. Consolidado por mes en el cronograma de seguimiento de mantenimientos preventivos	1. La Oficina de Control Interno evidencia Informes mes a mes reportados por el área de Mantenimiento.	
						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. Se anexan actas. En los meses de noviembre y diciembre se recibieron 4 equipos en calidad de Donación varios equipos a los cuales se les realizó la capacitación correspondiente 2. No ha sido necesario pues no ha ingresado personal nuevo.	1. La Oficina de Control Interno evidencia Capacitaciones al personal del área.	
19	PLANEACIÓN	3	3	0		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 instructivos aprobados en OAPC.	1. Teniendo en cuenta las evaluaciones a los 3 componentes que se verifican. Anexo archivo INFORME SIG 2017 que contiene el avance del SIG a diciembre 31 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 2do trimestre. 3. Fue ajustado en procedimiento de gestión de riesgos involucrando el SARLAFT. Se anexa archivo procedimiento gestión de riesgos versión 4_1	1. Se evidencia soporte 2. Se evidencia soporte del requerimiento 3. Se evidencia Documento soporte de la acción.	REPORTA
						PC02	2. No apoyar el cumplimiento de objetivos y metas de cada uno de los procesos.	1. Aplicar los controles existentes.	1. Teniendo en cuenta que al 31 de diciembre 2017 el avance de la implementación del SIG es del 43%. La línea de calidad realizó seguimiento y reporte a control interno periódico de los planes de mejoramiento reportados por las áreas. Se involucraron las actividades de sistema único de habilitación y las solicitadas por la oficina de control interno. Se siguen aplicando los controles en cuanto a la implementación del SIG que incluye la actualización y revisión de los documentos. Anexo carpeta: Planes de Mejoramiento que contiene la matriz en excel y copia de los correos.	1. Se evidencia el respectivo soporte información suministrada a la Oficina de Control Interno.	
						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 enviado el 1 de junio de 2017. Anexo enviado en la evaluación del 2do trimestre. 2. Se anexa archivo: Informe Área de Comunicaciones Mes de Noviembre - evaluación final 2017	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte del Plan de Comunicaciones 2017. 2. Se evidencia Informe área de comunicaciones	
20	DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	2	2	0		DI01	1. Definir de forma Incorrecta 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.	1. Según refiere el Proceso no ha sido necesario hacer cambios normativos.	REPORTA
						DI02C	2. Inadecuado 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 0188 del 26 de enero de 2017. Se encuentra publicado en la página web del hospital conforme normativa vigente. Soporte enviado en la evaluación del 2do trimestre. 2. Se realizaron tres evaluaciones en el año incluida la de enero de 2017 correspondiente a la vigencia 2016. Lo anterior dado que la evaluación del último cuatrimestre de 2017 se realiza en enero de 2018. Anexo copia del link de la publicación en la página web del hospital	1. Se evidencia soporte de la acción. 2. Se evidencia soporte de la acción mediante publicación en la página web del Hospital.	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM. RIESGOS IDENTIFICADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgos materializados	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CORTE DICIEMBRE 31/2017	ÁREA REPORTA INFORMACIÓN
21	SERVICIO AMBULATORIO	6	6	0		SA01C	1. Inoportunidad en la prestación del servicio ambulatorio y de apoyo a la atención.	<ol style="list-style-type: none"> Seguimiento al cumplimiento del registro de la Historias Clínicas en el software en el servicio de consulta externa. Seguimiento y aplicación de medidas correctivas para el cumplimiento de los horarios o agendas del personal médico. Ejecución y seguimiento al plan de compras de la vigencia. Trazabilidad a la oportunidad en la toma de ayudas diagnósticas requeridas por los servicios del Hospital. Establecer auditorías internas para seguimiento de intermediarios en la asignación de citas de consulta médica especializadas. Seguimiento a la ejecución del plan de mantenimiento preventivo. 	<ol style="list-style-type: none"> Se realizó la verificación durante el último trimestre con el soporte técnico de los Ingenieros de apoyo del aplicativo DGH, ajustándose el reporte Se realiza seguimiento de agendas y de cambios para cumplimiento de las mismas Hasta el momento no se han requerido Se ha dado cumplimiento al plan de compras presupuestado para la vigencia Los informes realizados fueron remitidos por la anterior coordinación Se envió copia con evaluación a Junio 	<ol style="list-style-type: none"> Se realiza verificación durante el último trimestre con el apoyo del SYAC. Se evidencia soporte observando Cronograma de agendas médicas. Refiere el proceso no se requiere. Se evidencia soporte de la acción por parte de la Oficina de Control Interno. Se evidencian informes Se evidencian la cronograma de Mantenimiento. 	REPORTA
						SA02	2. Ocurrencia de eventos adversos y centinela.	<ol style="list-style-type: none"> Medición de adherencia de las guías y protocolos de manejo de la institución. Verificación de cumplimiento del plan de mantenimiento para el servicio ambulatorio. Seguimiento al cumplimiento al plan de compras. Seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de los usuarios en los términos establecidos. Reporte de situaciones o hechos irregulares al servicio responsables. 	<ol style="list-style-type: none"> Se ha realizado socialización de 8 guías en el servicio de Rehabilitación. Las guías de atención médica institucionales que fueron aprobadas a finales de septiembre, ya fueron socializadas con los médicos de la Unidad Funcional. Reposan en las hojas de vida de los equipos en el área de mantenimiento. Se ha dado cumplimiento al plan de compras presupuestado para la vigencia Se realiza el trámite de la totalidad de las PQRS radicadas en el servicio. Se registra en el módulo correspondiente en el aplicativo DGH. Los incidentes y eventos adversos reportados han sido analizados con el programa de seguridad del paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia según información suministrada por la Oficina de Planeación y Calidad con corte a Septiembre en el área de Rehabilitación se tiene la siguiente información: 9 Formatos Aprobados, 1 Instructivo en edición y 27 Protocolos Aprobados, se evidencia socialización de Protocolos con las terapéuticas con acta de fecha del 17/10/2017. Se evidencia soporte de mantenimiento. Se evidencia soporte. Se evidencia soporte de la acción Se evidencia soporte de la acción documentación de eventos adversos de los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre. 	
						SA03	3. Incumplimiento de la normatividad vigente en la prestación del servicio con base en los estándares de habilitación.	<ol style="list-style-type: none"> Medición de adherencia de las guías y protocolos de manejo de la institución. Verificación de cumplimiento del plan de mantenimiento para el servicio ambulatorio. Seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de los usuarios en los términos establecidos. Seguimiento al plan de mejoramiento de los estándares de habilitación. 	<ol style="list-style-type: none"> Se ha realizado socialización de 8 guías en el servicio de Rehabilitación. Las guías de atención médica institucionales que fueron aprobadas a finales de septiembre, ya fueron socializadas con los médicos de la Unidad Funcional. Reposan en las hojas de vida de los equipos en el área de mantenimiento. Se realiza el trámite de la totalidad de las PQRS radicadas en el servicio. Se registra en el módulo correspondiente en el aplicativo DGH. Se realizó autoevaluación de estándares de habilitación en Patología, laboratorio clínico y Banco de sangre. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia según información suministrada por la Oficina de Planeación y Calidad con corte a Septiembre en el área de Rehabilitación se tiene la siguiente información: 9 Formatos Aprobados, 1 Instructivo en edición y 27 Protocolos Aprobados, se evidencia socialización de Protocolos con las terapéuticas con acta de fecha del 17/10/2017. Se evidencia soporte de mantenimiento. Se evidencia soporte. Se evidencia soporte de la acción de estándares de habilitación de cada uno de los servicios nombrados. 	
						SA04	4. Trato deshumanizado en el servicio.	<ol style="list-style-type: none"> Implementar la política interna de humanización del servicio. Socializar la directriz de la utilización de celulares y equipos de entrenamiento personal. Seguimiento de la utilización de los anecdotarios en todas las áreas. 	<ol style="list-style-type: none"> Se adjunta acta de reunión de terapeutas y auxiliares de enfermería de imagenología Se adjunta acta de reunión de terapeutas y auxiliares de enfermería de imagenología No se ha requerido. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 y 2 se evidencia soporte de actaS con fechas del 12/10/2017 Y 31/10/2017 con el grupo de Fisioterapeutas Y Auxiliares en area de Salud (Imagenología) socializando el tema de Humanización. 	
						SA05C	5. Prestación de servicios no facturados y/o glosados.	<ol style="list-style-type: none"> Auditorías al proceso de atención. Seguimiento del anecdótico de evidencias. Reporte de hallazgos a la oficina de control disciplinario. Talleres de sensibilización al personal. 	<ol style="list-style-type: none"> Se cruza información del proceso de facturación vs las cuentas presentadas por los contratistas No se ha requerido pues no se han presentado incidentes Se reportaron los casos pertinentes y documentados a la Oficina de Control Interno Disciplinario Se anexa acta de sensibilización, realizada con apoyo de la psicóloga de la ARL, el 17 de Octubre de 2017 con un equipo de terapeutas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 y 4 Se evidencia soporte de cada una de las acciones 	
						SA06C	6. Pérdida de insumos, reactivos y/o dispositivos médicos.	<ol style="list-style-type: none"> Socializar el código de ética, principios y valores. Realizar auditorías internas a los inventarios de los servicios de la unidad. 	<ol style="list-style-type: none"> Se remitió soporte con autoevaluación de Junio. Se realizó la revisión del inventario de algunos de los servicios de acuerdo a la programación y disponibilidad del profesional encargado del área de Recursos Físicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 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 Patología con fecha del 15/05/2017 y el área de Rehabilitación con fecha del 25/09/2017. Se evidencia soporte de la acción. 	
22	LOGÍSTICA DE LA INFORMACIÓN	3	3	0		GA01	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes área que conforman el proceso de Gestión administrativa. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución. Socialización del código de ética al personal nuevo. Implementación de la Historia Clínica electrónica. Implementar el uso de las pistolas de código de barras para el control de inventario. 	<ol style="list-style-type: none"> Documentos de 8 actualizados conforme al nuevo aplicativo Documentos de 8 actualizados conforme al nuevo aplicativo Acta de divulgación del código de ética Informe a 31 de diciembre del proceso de estabilización Se instalaron 2 pistolas en Farmacia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 y 2 La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la Aprobación de todos los instructivos que conforman el área de Sistemas de la Información. Evidencia soporte de la socialización del código de ética con el grupo de trabajo mediante acta del 16/05/2017. La Oficina de Control Interno evidencia soporte. Se evidencia soporte de la acción 	REPORTA
						GA02	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Actualizar el PSR y PCB (Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio) en el área de tecnología de información. Elaborar instructivo plan de contingencia de la Historia Clínica. 	<ol style="list-style-type: none"> Plan de recuperación del sistema actualizado Lo realice gestión documental, se asistió a las reuniones para determinar aspectos relevantes 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia soporte del Documento. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la Aprobación de todos los instructivos que conforman el área de Sistemas de la Información. 	

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	% de riesgo materializados	RIESGO Nº	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE DICIEMBRE 31/2017	AREA REPORTA INFORMACION
23	URGENCIAS	6	6	0	0%	GA03C	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> Gestionar la adecuación de la infraestructura de servidores y cableado para soportar el sistema de información. Actualizar el PSR y PCB (Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio) en el área de tecnología de información. Actualizar todos los instructivos de sistemas de información. Implementación de la Historia Clínica electrónica. Socialización del código de ética al personal nuevo 	<ol style="list-style-type: none"> Se instalaron las infraestructuras de servidores en las nuevas acomodadas eléctricas Plan de recuperación del sistema actualizado Informe del estado de estabilización del software dgh a 31 de diciembre de 2017 Informe del estado de estabilización del software dgh a 31 de diciembre de 2017 Acta de Socialización. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia soporte con evidencia de una foto. No se evidencia soporte del avance de la acción a corte de Septiembre Se evidencia Informe. Evidencia soporte de la socialización del código de ética con el grupo de trabajo mediante acta del 10/05/2017. 	REPORTA
						SU01	1. Inoportunidad en la prestación del servicio .	<ol style="list-style-type: none"> Monitorear los registros en el sistema de información de la historia clínica electrónica. 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. Informar mensualmente con el análisis respectivo el comportamiento del indicador de porcentaje de ocupación en urgencias. Gestionar los hallazgos identificados en el seguimiento a la implementación del sistema de información de la historia clínica electrónica. 	<ol style="list-style-type: none"> Se realiza auditoría a los registros de la historia clínica electrónica, por parte de la auditora del servicio, cuando se identifican fallos en los registros se hace la intervención directamente con el responsable, de esta manera se hace el monitoreo y además se revisan los indicadores de oportunidad. Durante toda la vigencia se participo activamente en las reuniones del comité de urgencias de municipio, allí se identificaron las fallos del sistema y como resultado de estas se generaron visitas de auditoría por parte de la SSM a los servicios de urgencias de las diferentes IPS Durante la vigencia se le realizo seguimiento al indicador de ocupación y estancia en el servicio de urgencias, reportes que se envían mensualmente con el análisis respectivo, demostrando un poco de mejora en el comportamiento de este pero lejos de la meta propuesta, por la alta demanda que se presenta en el servicio. A través del proceso de auditoría se gestionan los hallazgos encontrados con los responsables de la implementación de la historia clínica electrónica. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia soporte en el Informe de Gestión del Cuarto Trimestre 2017. Se evidencia las respectivas actas de la visita de la SSM Mediante informes de gestión del área se identifican el seguimiento al indicador de ocupación y estancia en el servicio de Urgencias. Se evidencia soporte. 	
						SU02	2. Durante el proceso de atención se presentan acciones inseguras que permiten la presencia de eventos adversos.	<ol style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento al plan de mantenimiento anual. Realizar auditoría concurrente en el servicio con el fin de intervenir las estancias prolongadas. Actualizar las guías y protocolos médicos de atención propias en la atención del servicio de urgencias. Hacer seguimiento al plan de compras institucional de tal manera que se garanticen los insumos necesarios durante el proceso de atención. 	<ol style="list-style-type: none"> Ya ubicados en la sede la Francia la intervención de mantenimiento ha sido mas sobre situaciones puntuales de obra que tocaba acomodar o adaptaciones propias del funcionamiento del servicio. Hay desarrollo de todo el mantenimiento preventivo de equipos, y se realiza lo correctivo cuando así se requiere. Se ha realizado recuperación de por lo menos 15 camillas que se encontraban en mal estado. La auditoría que se realizo en el servicio fue con énfasis en las estancias prolongadas y además la institución contrato un emergenciólogo cuyo enfoque esta en mejorar el giro cama del servicio. Ya se actualizaron las guías y se comenzo el proceso de socialización de las mismas en el servicio. 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. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia actas pero en el área de Mantenimiento como soporte a la acción. Se evidencia el respectivo soporte por parte del servicio de Urgencias. Se evidencia soporte de la acción, información suministrada por la Oficina de Planeación y Calidad en lo que respecta a gestión Documental con corte al mes de Diciembre de 2017. 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. 	
						SU03	3. Falta continuidad e integralidad en la prestación del servicio durante el proceso de atención en urgencias.	<ol style="list-style-type: none"> Socializar con el área de gestión comercial, las dificultades que se presentan con las diferentes EPS durante la atención en el servicio de urgencias. Informar mediante correo electrónico a la SuperSalud después de 48 horas de iniciado el trámite de ayuda diagnóstica, que el hospital no realiza o de la necesidad de ubicar a los usuarios en una IPS de mayor complejidad, la no oportunidad de respuesta a estas necesidades del usuario por parte de las EPS. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. En el desarrollo del proceso de apoyo diagnóstico, se tiene definido el tema del reporte a la SuperSalud, no ha sido fácil, pues el volumen que se presenta en el área es mayúsculo, pero con los mas relevante si se viene trabajando. Acá toca también buscar estrategias para dar cumplimiento a la acción propuesta. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia soporte. Refiere el área de Urgencias se tiene definido el tema del reporte a la SuperSalud. 	
						SU04	4. Ingreso al servicio usuarios que por la complejidad de su patología o por la capacidad instalada del servicio de urgencias no es posible atender.	<ol style="list-style-type: none"> Tramitar ante el CRUET, SuperSalud y Procuraduría los casos enviados en código primario por las diferentes IPS. Gestionar a través de gestión comercial que las EPS entreguen al centro de referencia del hospital la RED de prestadores con los que tienen contratos. 	<ol style="list-style-type: none"> Mensualmente se envía al cruet la información de los códigos primarios enviado durante el mes al servicio de urgencias. Se gestionó gestionando con algunas EPS, esta pendiente la respuestas de las otras a las cuales se les solicitó 	<ol style="list-style-type: none"> Refiere el área enviar al Cruet la información de los códigos primarios enviados. Refiere el área de urgencias encontrarse pendiente la respuesta de las que se solicitó. 	
						SU05	5. Trato deshumanizado de pacientes y/o familiar por parte del personal que labora en urgencias.	<ol style="list-style-type: none"> Organizar capacitaciones de humanización en la atención. Desarrollar acciones de mejoramiento derivados de las quejas e insatisfacciones de los usuarios por maltrato con la o las personas involucradas. Desarrollar estrategias que faciliten la interiorización del código de ética. Establecer actividades durante el desarrollo del proceso asistencial y administrativo para garantizar el proceso de atención con el usuario. 	<ol style="list-style-type: none"> Se han trabajado estas capacitaciones en las reuniones mensuales. Se han recibido muy pocas quejas o insatisfacciones en este semestre y las acciones correctivas se realizaron de manera inmediata, entre ellas esta 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. Se trabaja en las reuniones mensuales. Se documento el procedimiento de atención. 	<ol style="list-style-type: none"> Se evidencia soporte de la acción realizando capacitaciones mensuales. Las Oficina de Control Interno evidencia que en el área de Urgencias se tiene letrado alusivo a la prohibición de uso de dispositivos, portátiles, celulares durante el desarrollo del proceso de atención. Refiere el área trabajar continuamente con el tema. Refiere el área estar documentado el procedimiento de atención, se verifico por parte de esta Oficina y para el corte del mes de Diciembre se encuentra el procedimiento Aprobado. 	
SU06C	6. Pérdida de Insumos, equipo médico y material médico quirúrgico.	<ol style="list-style-type: none"> Documentar y socializar reglamento interno del servicio de urgencia en donde se establezca la identificación del cliente interno y externo. Capacitar al personal en la cultura de valores y principios institucionales. 	<ol style="list-style-type: none"> Pendiente la aprobación por parte de la oficina de calidad del documento. Se realizo la socialización en las reuniones mensuales del servicio. 	<ol style="list-style-type: none"> Pendiente por aprobación. Se evidencia socialización de los principios y valores con el grupo. 							

ITEM	PROCESO	TOTAL DE RIESGOS DEFINIDOS	NUM. RIESGOS CONTROLADOS AL 100%	NUMERO DE RIESGOS MATERIALIZADOS	Med de riesgo materializados	RIESGO N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCIONES	OBSERVACIONES	EVALUACION DE CONTROL INTERNO CORTE DICIEMBRE 31/2017	AREA REPORTA INFORMACION
24	QUIRURGICOS	6	6	0		SO03C1	1. Inoportunidad en la atención en cirugía electiva	1. Medir los tiempos muertos en el quirófano 2. Medir el tiempo de traslado de los pacientes al quirófano 3. Realizar la gestión ante el responsable para aplicar el traslado 4. Solicitar y construir la implementación de paquetes quirúrgicos 5. Seguimiento a la base de datos de los pacientes para cirugías electivas	1. Se inicia en el mes de enero del 2018 el registro y seguimiento a los tiempos de recambio y montaje de las franjas en salas de cirugía 2. Basados en la sabana de registro de recuperación se mide el tiempo de recuperación de los pacientes según procedimiento quirúrgico, como a su vez el traslado y oportunidad de cama en el post operatorio 3. Se esta construyendo el instrumento para registro y medición de la gestión 4. Esta solicitud se viene haciendo en los diferentes comités directivos y se ha logrado crear paquetes de algunas subespecialidades, este trabajo se coordinara con el área de contratación. 5. No se ha podido hacer porque los equipos de programación están obsoletos. En proceso de cambio	1. Refiere el área de Quirúrgicos en el mes de Enero inicia el registro y seguimientos a los cambios y montaje de las franjas en salas de cirugía. 2. Se evidencia soporte de la acción con respecto a las sabanas de registro. 3. Refiere el área estar construyendo el instrumento para el registro y medición de la gestión. 4. Se evidencia soporte de la acción 5. No se evidencia soporte ya que refiere el área que no se ha podido hacer ya que los equipos de programación están obsoletos el cual se encuentran en proceso de cambio.	REPORTA
						SO03C2	2. Inoportunidad en la atención en cirugía de urgencias	1. Verificar en la farmacia del quirófano la existencia de los insumos críticos en el servicio. 2. Verificar en el depósito de Material de Osteosíntesis la existencia de los stocks de cada una de las casas proveedoras con las reposiciones correspondientes	1. Se anexan soportes del reporte diario del área de farmacia sobre los faltantes, para evitar el porcentaje de cancelación por falta de los mismos 2. Pendiente soportes	1. Se evidencia soporte sobre los reportes diarios sobre faltantes, para evitar el porcentaje de cancelación por falta de los mismos. 2. Pendientes soportes por parte del área.	
						SO03C3	3. Ocurrencia de eventos adversos	1. Inducción y reintroducción del personal asistencial en guías y protocolos. 2. Socialización de las guías e implementación de las listas de verificación para evaluar la adherencia a las guías. 3. Lista de verificación de cumplimiento del plan de mantenimiento anual.	1. En el mes de enero se realiza la primera sección del año en dos fechas, los soportes de la asistencia a la misma reposa en el servicio de recursos humanos 2. Se dio inicio con el grupo de especialistas médicos del área quirúrgica y en marzo se inicia con el personal de enfermería del área quirúrgica 3. Soportes reposan en el área de mantenimiento y el cronograma del área fue enviado en la evidencia del pos	1. Se evidencia soporte de la participación del personal. 2. Se evidencian actas con fecha del 30 y 31 de Octubre de 2017 socializando con el grupo asistencial las Guías de Cirugía Bariátrica y Guías de Anestesia. 3. Plan de mantenimiento se evidencia.	
						SO03C4	4. Percepción de maltrato por parte del usuario	1. Socializar la política interna de humanización del servicio 2. Solicitar el cumplimiento de la utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal.	1. Reunión planeada para el mes de marzo 2018 2. Carta realizada por la coordinadora de la unidad funcional quirúrgica	1. Pendiente por realización por parte del área. 2. Se evidencia soporte.	
						SO03C5	5. Robo de material médico quirúrgico y medicamentos	1. Capacitación en la cultura de valores y principios institucionales	1. Reunión planeada para el mes de marzo 2018	1. Pendiente por parte del área	
						SO03C6	6. Pérdida de Material de osteosíntesis extraído de pacientes	1. Capacitación en la cultura de valores y principios institucionales	1. Reunión planeada para el mes de marzo 2018	1. Pendiente por parte del área	
25	TALENTO HUMANO	3	3	0		GA001	1. Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios.	1. Elaborar todos los procedimientos e instructivos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión administrativa. 2. Ajustar y actualizar los procedimientos e instructivos conforme a la dinámica de la institución. 3. Socialización del código de ética al personal nuevo. 4. Realizar los requerimientos necesarios a la gerente del proyecto de sistema dinámica gerencial de las deficiencias del módulo de nómina. 5. Definir la política para el término de entrega de novedades de nómina a reportar durante el mes	1. En desarrollo, se adjunta evidencia de avance. Se tiene el instructivo de elaboración cuadros de turnos, instructivo elaboración nómina en Dinámica Gerencial en construcción y el instructivo de reconocimiento horas extras. 3. Se hace socialización a todos los funcionarios vinculados. Soporte archivado en la Historia laboral del funcionario vinculado. Se anexa copia de una socialización en avance I trimestre. 4. Se adjunta copia de oficios de informes de avances. 5. En desarrollo, dentro del procedimiento que se esta elaborando queda definida el plazo de entrega de novedades.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la Aprobación de los documentos de la Oficina de Recursos Humanos. 2. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la Aprobación de los documentos de la Oficina de Recursos Humanos. 3. Se evidencia soporte de la acción. 4. Se evidencia soporte de la acción. 5. el área de Recursos Humanos refiere encontrarse en desarrollo.	REPORTA
						GA002	2. Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	1. Seguimiento a las solicitudes de necesidades de supernumerarios de acuerdo a la situación administrativa.	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 VoBo.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de la acción.	
						GA003	3. Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios.	1. Socialización del código de ética al personal nuevo. 2. Validar las novedades cargadas en la nómina sobre los soportes físicos registrados.	1. Soporte archivado en la Historia laboral del funcionario vinculado. Se anexa copia de una socialización en avance I trimestre. Se continúa socializando con el 100% de los nuevos funcionarios. 2. Teniendo en cuenta que la revisión se realiza sobre la nómina impresa se adjunta en la evaluación anterior una copia de una nómina visada por talento humano, se continúa realizando la revisión del cargue de novedades mensualmente.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de las 2 acciones.	
						AU01C1	1. No gestionar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias dentro de los términos de ley.	1. Refiere por los medios existentes a cada líder de los servicios con quejas, los compromisos y términos de días para la contestación oportuna de las PQRS. 2. Ajustar el procedimiento de gestión de PQRS conforme a los cambios del sistema de Información.	1. Se ha realizado seguimiento a los términos de respuesta por medio de correo electrónico y llamadas telefónicas, este trimestre el comportamiento fue 0-10: 36%, 10-15 54%, 15-20: 10%, se refiere a cada uno de los coordinadores y líderes de los servicios que los tiempos de respuesta son 10 días calendario. 2. Se realizó el ajuste al procedimiento AU-PR-002 en lo relacionado al módulo de quejas de dinámica gerencial, así mismo se genero el instructivo AU-IN-009 Diligenciamiento de Quejas en Dinámica gerencial, ya se encuentra aprobado.	1. Se evidencia soporte de los informes mensuales enviados por la Oficina de Atención al usuario entre el Cuarto trimestre de 2017. 2. Se evidencia Documento Aprobado AU-PR-002, PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE LAS PQRS. El Documento AU-IN-009 se encuentra también Aprobado.	
						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 esta IV trimestre se aplicaron 1149 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 identificación de egresos por cada uno de los servicios anteriormente enunciados con un promedio de satisfacción global de 96,61 %	1. Se evidencia soporte de la acción.	

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 DICIEMBRE 31/2017	AREA REPORTA INFORMACION
25	SISTEMA DE ATENCION AL USUARIO	6	6	0	0%	AL003	3. No realización de la Interconsulta de trabajo social.	1. Elaborar el instructivo de interconsulta de trabajo social y su Formato. 2. Diligenciamiento de formato de actividades de trabajo social.	1. Se tiene elaborado y aprobado el instructivo de Interconsulta por trabajo social AU-IN-008 2. Se tiene implementado informe donde se hace el consolidado de cada una de las trabajadoras sociales de cada uno de los servicios acompañamiento a egresos, orientaciones y tramites administrativos, reubicación de pacientes en abandono social de manera mensual.	1. La Oficina de Control Interno evidencia Documentación Aprobada por el área de Planeación y calidad en la parte de Gestión Documental en cuanto a Instructivos, Formatos, Procedimientos, manuales. 2. Se evidencia soporte por parte del área de Atención al Usuario.	REPORTA
						AL004	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 en derechos y deberes, debido que desde el mes de Junio no se cuenta con el recurso humano que tenía como funciones la socialización en cada uno de los servicios identificando los ingresos. 2. No han sido programadas las capacitaciones de inducción y reinducción del hospital hasta la vigencia de 2018.	1. La Oficina de Control Interno evidencia soporte de formatos de Divulgación de Derechos con diferencias 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 empleando el formato actualizado ya que se está realizando en un formato antiguo con el logo anterior del Hospital. La Oficina de Control Interno No evidencia soportes de la divulgación del Cuarto trimestre de 2017 solo hasta el mes de Junio, es decir falta JULIO, AGOSTO y SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE. 2. Pendiente programación de Capacitaciones de Inducción y Reinducción del Hospital para el personal del área.	
						AL005	5. Trato deshumanizado en el servicio.	1. Elaborar y socializar el programa de humanización a los usuarios y grupos de interés.	1. Se ha realizado un estado del arte de los programas realizados por otras ips, es necesario contar con un equipo multidisciplinario desde la oficina de gestión del talento humano, se especifica que se dio contacto con un grupo de Psicología que tenía como objeto el acompañamiento de las estrategias del Programa de humanización pero no se la logrado la elaboración dado que se requiere de recursos humanos y físicos para la elaboración.	1. Refiere el área de atención al Usuario que se realizó solicitud de apoyo por parte de un grupo de psicología que tenía como objeto del acompañamiento para la elaboración del documento en el cual se encuentra pendiente realizarlo.	
						AL006	6. Falta de objetividad en el estudio socioeconómico del usuario diligenciado por trabajo social.	1. Implementar la medición de adherencia del instructivo elaboración estudio socioeconómico del usuario. 2. Optimizar los canales de comunicación con las instituciones que permita obtener información veraz y oportuna.	1. No se ha realizado la implementación de la lista de chequeo del estudio socioeconómico. 2. Acuerdo al plan de mejoramiento de la vigencia 2017 y en aras de optimizar las gestiones administrativas se tiene adecuada comunicación con las siguientes entidades, Pijao Salud, Medimas, Secretaría de Salud, Sisben, Fiduprevisora; se tiene mucha dificultad de gestión a usuarios con Comparta, Ecoopsos.	1. Se evidencia documento de Aplicación de Estudio Socioeconómico Aprobado. 2. Se evidencia dentro del Plan de Mejoramiento la gestión a realizarse por parte de área de Atención al Usuario.	
TOTAL		95	86	0	0%						

Análisis:

TOTAL PLANES DE RIESGOS POR PROCESOS	95
RIESGOS CONTROLADOS	86
RIESGOS MATERIALIZADO	0
PORCENTAJE DE RIESGOS MATERIALIZADOS	0%
PORCENTAJE DE RIESGOS CONTROLADOS	90%

CONVENCIONES PARA RIESGOS MATERIALIZADOS	
Entre 25% y 65%	Rojo
Menor que 30%	Amarillo
	Verde