



Samacá, 27 de enero de 2021

Doctora
ADRIANA XIMENA SANDOVAL GALINDO
Gerente
E.S.E Hospital Santa Marta
Samacá

REF. INFORME SEGUIMIENTO AL DE MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL CORTE JULIO-DICIEMBRE DE 2020

OBJETIVO

Realizar seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, con el fin de identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos negativos que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales.

ALCANCES

Seguimiento de los controles establecidos teniendo como referente el Mapa de Riesgos Institucional identificado en cada una de las áreas

PASOS PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION

1. Verificar cada uno de los riesgos establecidos en la matriz para medir y evidenciar la materialización y su impacto en la institución, periodo de seguimiento segundo semestre de 2020.
2. Verificar la publicación de los resultados del seguimiento y evaluación de la matriz de riesgos en la página web

INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

El componente de Evaluación de Riesgos es un proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos tanto internos como externos que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales. Desde la evaluación y seguimiento, la Oficina de Control Interno

verifica que los líderes de los procesos adelanten acciones para identificar los riesgos y que éstos se revisen periódicamente

El monitoreo de los riesgos está a cargo de todos los líderes de proceso y sus equipos, de acuerdo con la periodicidad establecida en la política, mientras que la Oficina de Control Interno se encarga de la evaluación a los controles y seguimiento al cumplimiento de las acciones para mitigarlos.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno realiza seguimiento a los riesgos por proceso institucionales y presenta el informe de seguimiento al cumplimiento y efectividad de dichos riesgos.

Se realizó seguimiento a 41 riesgos de los procesos del área administrativa y a los 40 riesgos identificados en el área asistencial, no se evidencia materialización de ningún riesgo, sin embargo, se observa riesgos que después de controles se encuentran en zona de riesgo alta, por tal razón se debe establecerán acciones de control Preventivas que permitan EVITAR la materialización del riesgo

ENTRE LAS ACTIVIDADES ADELANTADAS POR LA INSTITUCIÓN, LAS CUALES FUERON REGISTRADAS EN LOS DIFERENTES MAPAS DE RIESGOS, ESTÁN:

- Se evidencia contrato de mantenimiento de equipos tecnológicos suscrito en el enero de 2020, con e vigencia de todo el año.
- Se evidencia contrato de mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura compuesta por la planta física de las edificaciones., áreas adyacentes, parqueaderos, instalaciones y redes hidráulicas, sanitarias, eléctricas, telefónicas y locales.
- Se realizan seguimiento a los diferentes contratos, verificación de requisitos, en cumplimiento del manual de contratación. La oficina de Control interno verifica igualmente el cumplimiento del Manual y Estatuto de contratación de la entidad, específicamente con el cumplimiento de los requisitos para contratar.
- Se evidencia cartera mayor de 360 días (SOAT), se realizó circularizacion en la cual nos informan que la mayoría de esta cartera esta prescrita. Con la circularizacion sabemos el estado actual de la cartera.



- Con corte al último trimestre se cumple con la publicación de contratos en SECOP, con sus respectivos soportes, esta parte es auditada por control interno continuamente
- Se cumple con lo establecido en el Manual y estatuto de contratación de la entidad, específicamente con el cumplimiento de los requisitos para contratar.
- Se evidencia cumplimiento al plan de mantenimiento de equipos Biomédicos, (contrato de mantenimiento No 030 de 2020). Se da cumplimiento al cronograma de mantenimiento
- Se da cumplimiento al cronograma de mantenimiento de equipos. No se evidencia altos costos de mantenimiento por que la contratación se realiza cumpliendo lineamientos del Manual y estatuto de contratación
- Se realiza continuo seguimiento al proceso jurídicos en contra de la ESE, los cuales son reportados en el comité de conciliación de la ESE.
- A la fecha no se ha presentado información inadecuada o errada en la orientación al usuario frente a los servicios
- La oficina de SIAU, desarrolla actividades tendientes a lograr la participación ciudadana mediante: aplicación de encuestas, PQRS, charlas o comparendos pedagógicos, información directa en SIAU, y participación de los comités ética. Y en la conformación de la asociación de usuarios de la ESE
- La oficina de SIAU, desarrolla actividades tendientes a lograr la participación ciudadana mediante: aplicación de encuestas, PQRS, charlas o comparendos pedagógicos, información directa en SIAU, y participación de los comités ética. Y en la conformación de la asociación de usuarios de la ESE
- A partir de mes de junio se cumple con la realización de los comités institucionales como son los de farmacia, compras, ética, seguridad del paciente, calidad, seguridad y salud en el trabajo, A partir de octubre se implementó el Comité se control interno, conciliación.
- Se da cumplimiento a los tiempos establecidos de respuesta a las remisiones
- Se realiza mantenimiento correctivos y preventivos continuamente a los vehículos de la ESE, con talleres autorizados
- Se evidencia que los cinco primeros días de cada mes solicita los insumos, necesarios para el mes. Continualmente se realiza auditoria e inventario de

medicamentos, verificando la rotación y fechas de vencimiento. Se realiza continuo seguimiento por parte de control interno.

ACTIVIDADES A LAS CUALES NO SE LES DIO CUMPLIMIENTO:

- A la fecha no se realizan copias de seguridad de la información. (Backus)
- No se han publicado los mapas de riesgos en la Página web.
- A la fecha no se evidencia capacitaciones en gestión documental, manejo de archivo, implementación de programas de gestión documental
- A la fecha no se evidencia capacitaciones en seguridad y privacidad de la información.
- A la fecha no se ha realizado paquetero de los bienes.
- A la fecha se evidencia Manual de comunicaciones desactualizado fecha 2017, sin seguimiento del plan de comunicaciones.
- La plataforma estratégica ha perdido su vigencia.
- Los procesos, procedimientos formatos se encuentran desactualizados, última actualización 2016.
- Se presentan debilidades para la medición de la eficacia de los procesos, es necesario que los líderes de proceso revisen y generen el respectivo análisis. Falta mayor utilización de la herramienta definida (ficha de indicador) para seguimiento y análisis de los indicadores, falta mayor seguimiento de indicadores reportados a entes de control (tablero de control), no están definidos los indicadores en todos los procesos.
- Falta mayor interiorización de la cultura de administración del riesgo. Se identifican los riesgos, pero se presenta debilidades en las acciones para su mitigación. Se debe armonizar los mapas de riesgos con los riesgos de corrupción. Falta actualizar los mapas de riesgos y realizar socialización de los mismos.

RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno recomienda efectuar un trabajo mancomunado con los líderes de procesos con el fin de actualizar el Mapa de riesgos Institucional teniendo en cuenta lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – Versión 4. DAFP 2018, que nos permitan evitar la materialización de los riesgos.

Fortalecer los mecanismos que se soportan en las políticas institucionales, para que cada responsable de los procesos intensifique e involucren a todos los funcionarios



E.S.E. HOSPITAL
Santa Marta
SAMACÁ

Tu salud, nuestra prioridad

NIT.: 891.800.335-8

en la participación de un ambiente de compromiso y auténtica conciencia en la búsqueda de acciones encaminadas a la prevención y administración de los riesgos.

Se recomienda ajustar y socializar la Política de Riesgos y realizar su publicación

Se recomienda establecer adecuados controles que coadyuven a dar estricto cumplimiento en las fechas establecidas por la norma en cuanto a la publicación, seguimiento, monitoreo y presentación con el fin de evitar posibles sanciones por los entes de control.

Finalmente, se debe adelantar un ejercicio de revisión y actualización de los riesgos institucionales, partiendo de la revisión de los mapas de riesgos de procesos. Previo a ello se requiere de una nueva etapa de socialización, sensibilización y comprensión de la administración de riesgos, definir competencias internas en los procesos y entre los procesos, para luego evaluar nuevamente los contextos institucionales, identificar posibles situaciones de riesgo, evaluar los controles actuales y definir las nuevas acciones que se deben adelantar para los riesgos que definitivamente no están bajo control. En esta actualización se deben considerar dos principales recomendaciones: revisar las causas y las consecuencias de los riesgos, para evidenciar su correcta identificación o descripción (no confundir la causa o el efecto con el riesgo) y, además, validar la posible integración de riesgos de menor alcance un uno de mayor impacto e importancia para la gestión institucional.

CLAUDIA STELLA SAENZ JIMENEZ

Asesor Control Interno