



No.	PROCESO	No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				VALORACION DEL RIESGO - Líder del proceso						ANALISIS DEL RIESGO - Líder del proceso				MONITOREO Y SEGUIMIENTO - OFICINA DE CONTROL INTERNO				
			RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFECTO O CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE (resultado de multiplicación de probabilidad e impacto)	CONTROL EXISTENTE		Resultados de la calificación del control	RIESGO RESIDUAL (lugar del riesgo después del desplazamiento)	Periodicidad de valoración de riesgo	TRATAMIENTO	INDICADOR	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL RIESGO	EVIDENCIA	FECHA DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
											PREVENTIVO (describir el control)	CORRECTIVO (Describir el control)									
1	Gestión Gerencial y Estratégica	1	Falta de adherencia del plan de desarrollo y Plan de acción	Pese a que se tienen plan de desarrollo y Plan de acción, algunos líderes no se adhieren en la gestión indicada que permita alcanzar los objetivos propuestos en estos planes.	Estratégico	1. Carga laboral, 2. Falta de formación de los líderes, 3. Falta de mayor articulación y seguimiento en los planes.	1. Incumplimiento de los objetivos de la empresa, 2. Resultados deficientes en los indicadores propuestos.	3	4	EXTREMO	Cada semestre se solicita información específica por áreas a los líderes de proceso.	85	ALTA	semestral	Reducir el Riesgo	#actividades desarrolladas/#actividades planeadas	Enero de 2015	Simad semestrales a las dependencias, informe anual a la gerencia, cronograma de actividades planeadas	27/06/2017	se realizaron 5 actividades de 5 programadas dando un cumplimiento del 100%	
		2	Inapropiada definición de políticas, objetivos, metas	La plataforma estratégica de la empresa no se ajusta a las necesidades	Estratégico	inadecuado diagnóstico institucional inadecuado apropiación y seguimiento	1. resultados deficientes 2. Decisiones erróneas 3. Pérdida de imagen institucional	3	3	ALTA	Efectuar seguimiento a los informes de gestión	85	MODERADO	semestral	Reducir el Riesgo	#actividades desarrolladas/#actividades planeadas	Enero de 2015	Simad semestrales a las dependencias, informe anual a la gerencia, cronograma de actividades planeadas		se realizaron 19 actividades de 44 programadas dando un cumplimiento del 44% en entrevista con el líder de comunicaciones nos informa que para el segundo periodo de seguimiento de 2017 se tendrá el 100% de cumplimiento.	
		3	Falta de fortalecimiento de la imagen corporativa a los usuarios y funcionarios sobre los servicios prestados por la ESE Carmen Emilia	Desconocimiento de los usuarios y pérdida de cobertura de los servicios prestados por la ESE.	Imagen	1. Falta del personal para el desplazamiento de eventos 2. Falta en la coordinación con las diferentes áreas 3. Falta de presupuesto.	1. Poco reconocimiento interno y externo 2. Disminución de ingresos por desconocimiento de los servicios 3. Poca participación de la ESE en las diferentes zonas 4. Baja imagen corporativa.	5	4	EXTREMO	1. Priorizar actividades a través del cronograma 2. Uso de herramientas internas como internet, intranet, Simad para facilitar visibilización	35	EXTREMO	mensual	Reducir el Riesgo	#actividades desarrolladas/#actividades planeadas	Agosto de 2016	Cronograma de actividades pantallas de los cambios en internet			
		4	Perdida de los procesos y actuaciones judiciales.	Sentencias y tutelas que resulten en contra de la ESE Carmen	Cumplimiento	1. Desconocimiento de las normas de las distintas ramas del derecho. 2. Inexperiencia 3. Inadecuada argumentación jurídica	1. Detrimiento patrimonial	5	4	EXTREMO	1. Comité de conciliación. 2. Comité defensa judicial 3. Creación y actualización	70	EXTREMO	Comité de conciliación = quincenales Comité defensa judicial = bimensual Procesos y procedimientos = anual	Reducir el Riesgo	Actas de comité/comités planeados Procesos y	Octubre de 2016	Actas de conciliación	11/05/2017	Se evidencia que mediante acto administrativo interno (resolución No.101 del 23 de Marzo de 2017) se integró el comité de conciliación y defensa judicial, verificándose las actas de reuniones quincenales, conforme lo establece la resolución. El cumplimiento del 100% de este control preventivo, reduce el riesgo de pérdida de los procesos ya que se estudian y se lleva el seguimiento de los mismos.	

		8	Incumplimiento de los indicadores del plan de gestión	El no cumplimiento del reporte de los indicadores de acreditación y PAMEC establecidos en el plan anual de gestión gerencial.	Cumplimiento	1- El no seguimiento periódico a los indicadores establecidos. 2- La no ejecución de planes de mejora a las desviaciones identificadas 3- La no efectividad de los planes de mejora definidos	1- Mala calificación de la gestión gerencial del periodo. 2- El no logro de los objetivos institucionales.	5	2	ALTA	1- Comité de calidad 2- Auditorías de calidad 3- Reporte de tablero de indicadores.	80	MODERADO	1- Comité de calidad: Mensual 2- Auditoría interna de calidad: Mensual 3- Reporte de tablero de indicadores: Anual	Reducir el riesgo	1-No. Comité ejecutados/ No. Comité programados 2- No. Auditorías ejecutadas/ No. Auditorías programadas en el plan anual 3- Tablero de indicadores anual	Noviembre de 2016	1- Acta de comité 2- Informe de auditoría 3- Reporte ficha de indicadores (SIMAD)	14/07/2017	1. se realizaron 8 comités de 8 programados, evidenciándose las actas respectivas, dando un cumplimiento del 100% 2. se realizaron 21 auditorías de 21 auditorías programadas dando un cumplimiento del 100%. 3. se hace el reporte de 69 indicadores , dando un cumplimiento del 100%
3	Gestión Control Interno Estrategico	9	Elaboración de informes extemporáneos y/o ausencia de conceptos técnicos actualizados	Generación extemporánea de informes de competencia de ley, auditorías, planes de mejora y demás documentos, así como aquellos que presenten insuficiencia de conceptos técnicos actualizados	operativo	1. Dificultad en la entrega oportuna del flujo de información por parte de algunos líderes de procesos. 2. Falta de articulación por parte de los auditores de los resultados de las auditorías que sirvan como insumo para los diversos informes que se desarrollan dentro del proceso de control interno estratégico. 3. Falta de actualización del auditor respecto a las normas existentes.	1. Presentación de informes extemporáneos. 2. Deficiencia en los resultados de los informes, y en la prestación de asesorías, acompañamientos y seguimientos. 3. Multas y sanciones por incumplimientos en entrega de informes de ley.	5	5	EXTREMO	1. Socialización en reuniones de autocontrol, de todas las actividades que desarrollan dentro de la oficina de control interno estratégico. 2. Actualización del auditor en los conceptos técnicos, utilizando como base el normograma institucional.	70	EXTREMO	Trimestral	Reducir el riesgo	No. de socializaciones realizadas / No. de reuniones de autocontrol programadas Inconformidades (verbales o escritas) presentadas por la gerencia, antes de control externo y/o auditados	Agosto de 2016	1.Actas de reunión autocontrol 2.Inconformidades verbales o escritas	06/28/2017	1. se realizaron 4 reuniones de autocontrol de 4 programadas dando un cumplimiento del 100%. 2. en el periodo de seguimiento no se presentaron inconformidades verbales o escritas.
		10	Error en la toma de muestras	Ejecución del procedimiento de forma inadecuada generando resultados errados	Operativo	1- Deficiencia en la capacitación del personal 2- Alteración de la muestra	1 - Afectación de la salud de paciente 2 - Complicaciones legales 3 - Generación de una mala imagen corporativa	5	4	EXTREMO	1 - Capacitaciones al personal 2 - Uso de protocolos 3 - Uso de software	95	EXTREMO	Mensual = Capacitación al personal Períodicamente se reciben informes del proveedor dependiendo de los resultados de los indicadores.	Reducir el riesgo	#capacitaciones ejecutadas/#Capacitaciones programadas Cantidad de eventos adversos presentados en la toma de muestras	Septiembre de 2014	1.Actas de capacitación 2.Libro de eventos adversos 3.Libro de bitácora diaria que se encuentra en laboratorio	1. Se realizan 2 capacitaciones de 2 programadas durante el periodo de seguimiento de 2017 dando un cumplimiento del 100% 2. Se evidencian eventos adversos durante el periodo de seguimiento de 2017 los cuales se encuentran referidos en el libro de eventos adversos. 3. Se evidencia el registro diario de la bitacora de laboratorio.	

4	Apoyo Diagnóstico y Terapeutico	11	Entrega inoportuna de los resultados	Presentación de retrasos en la entrega de resultados	Operativo	1- Demora en la toma de muestras. 2- Demora en el transporte. 3- Bloqueo en el software. 4- Falta de insumos de laboratorio 5- Falta de personal para la entrega de resultado después de la emisión de resultados	1 - Generación de sobrecostos 2 - Retrasos en la generación del Diagnóstico 3 - Afectación de la salud de paciente. 4 - Generación de una mala imagen corporativa. 5 - Incumplimiento a la normatividad en la entrega de resultados.	5	3	EXTREMO	Revisión de la ejecución del procedimiento en caso de presentarse un evento adverso o una queja.	80	ALTA	Periódicamente dependiendo de los eventos adversos o quejas que se presenten	Reducir el riesgo	Sumatoria del número de minutos transcurridos desde la facturación (urgencias y hospitalización) hasta la validación de la muestra/ número total de exámenes entregados de urgencias y hospitalización. Sumatoria del número de minutos transcurridos desde la facturación (consulta externa) hasta la validación de la muestra/ número total de exámenes entregados de consulta externa y hospitalización	Septiembre de 2014	1.Resultado del indicador 2.Respuestas e informes generados al jefe de zona sobre la queja o evento adverso	21/06/2017	1. Se evidencia que La sumatoria de de minutos transcurridos desde el momento de la solicitud de laboratorio es de 34,7min siendo el estandar de 1 hora sobre 1 que es el total de pacientes atendidos. 2.Se evidencia que La sumatoria de días trascurridos desde la solicitud de la muestra de laboratorio es de 0,12 min siendo el resultado antes de 1 día sobre 1 que es el total de atenciones.
5	Servicios Hospitalarios	12	Ocurriencia de eventos adversos y fallas de calidad.	Con ocasión de la atención en salud pueden presentarse lesiones o daños a los pacientes o usuarios del servicio de hospitalización.	Operativo	1. Falta adherencia a procesos procedimientos y guías de atención. 2. Deficiencia en el suministro de insumos y dotación de equipos. 3. Deficiente mantenimiento de equipos, infraestructura muebles 4. Deficiencia en el sistema de seguridad clínica del servicio.	1. Muertes o lesiones reversibles o irreversibles en los usuarios. 2. Incremento en los costos de la prestación del servicio. 3. Detrimiento patrimonial.	4	3	ALTA	1 Revisión continúa de los procesos en conjunto con la oficina de calidad y capacitaciones 2.Se cuenta con procesos de auditoria medica. 3. Comité técnico-científicos y de calidad.	85	MODERADO	Auditoria medica= Mensual Comité tecnico científico= Mensual Comité de calidad= Mensual	Reducir el riesgo	%Número de Eventos adversos con seguimiento por el comité	1. Procesos de Auditoria Médica 2. Comité técnico Científico de Calidad	20/05/2017	1. De una muestra de eventos adversos correspondientes a 39, se evidencia el cumplimiento del 100% del seguimiento por parte del comité de calidad 2. Se realizaron 2 comites tecnico científico de 2 programados dando un cumplimiento del 100%. 3. Se realizaron 4 comites de calidad de 4 programados dando un cumplimiento del 100%	
6	Servicios Urgencias	13	Inoportunidad en la atención y prestación del servicio de urgencias.	Retrazos en la prestación del servicio que amerita el usuario de acuerdo a su condición de salud	Operativo	1. Deficiencias procedimentales. 2.Desconocimiento del personal 3.Negligencia del personal 4.Fallas en la infraestructura.	1.Detrimento patrimonial por demandas 2.Congestion en los servicios 3.Incremento de PQR 4.Agravamiento del paciente.	5	3	EXTREMO	1.Capacitacion es en lo referente a la normatividad y prestación del servicio. 2.Socialización de la política de seguridad del paciente. 3.Reunión con el personal para retroalimentar la gestión del servicio.	78	ALTA	Capacitaciones = Mensualmente Socialización de política = Semestral Retroalimentación = Mensual	Reducir el riesgo	capacitaciones realizadas / # capacitaciones programadas Socialización de política Retroalimentaciones mensuales	Diciembre de 2016	1.Actas de capacitación 2.Actas de socialización de política 3.Actas de retroalimentación	25/06/2017	1. Se realizaron 4 capacitaciones de 4 programadas del periodo de seguimiento de 2017 dando un cumplimiento del 100% 2. En el periodo de seguimiento de 2017 no se hizo socialización a la política; se realizara en el proximo semestre. 3. Se lleva consolidado en la oportunidad de la atención en urgencias por sedes.

7	Servicios Ambulatorios	14	Inoportunidad en la atención y prestación de servicios ambulatorios.	Demora en la atención y prestación de los servicios ambulatorios	operativo	1. Inasistencia médica 2. Fallas procedimentales 3. Fallas tecnológicas	1. Insatisfacción del usuario. 2. Disminución de ingresos para la empresa. 3. Afectación de imagen corporativa.	5	2	ALTA	1. Reunión de autocontrol. 2. Cruces y análisis de información registrada en el sistema en cuanto al tiempo de atención. 3. Seguimiento y retroalimentación al personal asistencial. 4. Monitoreo de la productividad del personal asistencial	70	ALTA	Mensualmente	Reducir el Riesgo	Nº de reuniones ejecutadas /Nº reuniones programadas. Informes mensuales de productividad	Diciembre de 2016	Actas de asistencia Reportes del sistema Informes mensuales de productividad a la Gerencia	6/07/2017	1. se realizaron 5 reuniones de 5 programadas 2. se realizaron 5 informes mensuales
8	Estrategias de Intervenciones Comunitarias	15	Incumplimiento en el desarrollo de las actividades para pyp	Aumento de la prevalencia de las enfermedades en las comunidades por la disminución de actividades preventivas y de promoción (pyp)	Imagen	1.errores en las bases de datos 2.Desconocimiento de los usuarios y/o prestadores de servicios. 3.deficiencias en la contratación de las actividades con las eps	1.Aumento de la morbilidad en la población. 2.efectos financieros negativos	5	3	EXTREMO	1.capacitaciones al personal 2. Evaluacion y generacion de informes a las eps de las actividades desarrolladas 3.generacion de propuestas pre-contratactuales de las eps Entes de control	85	ALTO	Mensualmente = capacitaciones e informe a eps	reducir el riesgo	#capacitaciones ejecutadas/#capacitaciones programadas #actividades ejecutadas /#actividades programadas	Agosto de 2016	1.Cronograma de capacitaciones 2.Actas de asistencia a capacitaciones 3.Informe mensual presentado a las eps de las actividades ejecutadas	2/06/2017	1. Se evidencia cronograma de capacitacion 2. Se ejecutaron 12 capacitaciones de 24 programadas del periodo de seguimiento de 2017, con un porcentaje del 50% del cumplimiento, se adopta sistema de capacitaciones virtual por lo cual en el proximo seguimiento se cumple con el 100% de capacitacion. 3. Se ejecutaron durante el periodo de seguimiento de 2017, 10 actividades de 12 programadas con un 83% del cumplimiento evidenciandose informe mensual a la eps de la actividad ejecutada.
		16	Incumplimiento en la adherencia a guias	Los profesionales que hacen atención directa al paciente presentan baja adherencia a las guias, anexo tecnico de la resolución 4003 de 2008	Operativo	desconocimiento del personal, falta de compromiso, rotacion de personal	Complicación de pacientes, generacion de glosas, informacion que se genera a EPS e informes deficientes al programa	5	3	EXTREMO	1.capacitaciones 2.cruces de informacion entre atencion realizadas y contra base de datos de alto riesgo. 3.informe de auditoria de historias clinicas	85	ALTO	Mensualmente	Reducir el riesgo	#capacitaciones realizadas/#eventos presentados en el periodo No informes presentados/No informes programados	Noviembre de 2014	4. Actas de asistencia a capacitaciones 5.informes de resultados de auditoria historias clinicas		4..Se realizaron 8 capacitaciones de 8 programadas dando un cumplimiento del 100%. 5. Se presentaron 128 informes de auditorias de historias clinicas de 128 programadas dando un cumplimiento del 100%
		17	Bajo impacto en el mejoramiento de la prestación del servicio	Desarticulación de los procesos misionales que conllevan a servicios de salud ineficientes, discontinuos, y de mala calidad	Operativo	1.Desarticulacion de los procesos. 2.fallas en la idoneidad del personal contratado. 3.rotacion de personal 4.deficit en el monitoreo seguimiento y control de las actividades.	1.falta de credibilidad de la imagen corporativa. 2.Aumento de los indices de morbilidad y mortalidad. 3.congestion de los diferentes servicios prestados.	5	3	EXTREMO	1.Informes tecnicos y financiero en ejecucion de cada convenio a la gerencia. 2.Capacitaciones para cada convenio	55	ALTO	informes = mensual capacitaciones = de acuerdo a los convenios firmados	Reducir el riesgo	#informes presentados /# informes planeados #capacitaciones al personal op de convenios/# convenios interadministrativos suscritos.	Octubre de 2016	6.Informes y actas de capacitacion		6. En el periodo de seguimiento de 2017 se evidencia que no se realizaron convenios.

9	Vigilancia Epidemiologica	18	Inoportunidad en la notificación de eventos de salud pública	Notificación tardía de evento de interés en salud pública	Cumplimiento	1. negligencia médica. 2. falta de compromiso de todo el personal.	1. Requerimientos por parte del ente de control. 2. Deterioro del paciente.	5	3	EXTREMO	1. Búsqueda de posibles casos de salud pública institucional en RIPS 2. Asistencia y acompañamiento en la entrega de turnos (aux. enfermería) 3. Retroalimentación a los jefes de zona	70	ALTA	Búsqueda activa = diaria y consolidado semana Reporte de entrega de turnos = diaria (excepto sábados, domingos y festivos). Retroalimentación a jefes de zona =trimestral	Reducir el riesgo	#eventos encontrados en búsqueda activa/#total de eventos notificados durante un periodo de tiempo.	Enero de 2014	1.Formato de reporte de eventos no reportados 2.Actas de asistencia al comité Cove	28/06/2017	1. Se encontraron 97 eventos sin notificar sobre 1242 en total notificados.dando un 92% del cumplimiento. 2. se realizaron 4 comites de 4 programados dando un cumplimiento del 100%
		19	Incumplimiento a las acciones de protocolos de vigilancia Epidemiológica .	Desconocimiento de información relevante para realizar el seguimiento y tratamiento de los posibles usuarios susceptibles a la enfermedad.	Operativo	1. Bases de datos de usuarios desactualizados. 2. Negación u omisión de información por parte del usuario.	1. Deterioro de la salud del paciente 2. Propagación de la enfermedad 3. transmisión de enfermedad 4. Muerte del paciente	4	3	ALTA	1. Notificación a Eps. 2. Notificación a la secretaria de salud municipal o departamental.	70	ALTA	De acuerdo a la frecuencia de eventos presentados	Reducir el riesgo	Total de eventos de pacientes sin ubicación dentro de la Ess Carmen Emilia/Total notificaciones a entes externos.	Septiembre de 2016	1.Oficios de notificación radicados		1. El total de eventos de pacientes sin ubicación durante el periodo de seguimiento de 2017 son 45 de los que comprenden :18 sífilis gestacional 5 sífilis 11 VIH y 11 tuberculosis sobre 45 notificaciones a entes externos dando un 100% del cumplimiento
10	Sistema de Referencia y Contrareferencia	20	Fallas de recepción de pacientes referidos.	Retención de camillas en las diferentes IPS receptoras del paciente remitido.	Cumplimiento	1. Las IPS receptoras acepta usuarios en trámite de remisión sin tener disponibilidad de camas en el servicio. 2. Las IPS se declaran en emergencia funcional, limitando las aceptaciones solo a urgencia vitales. 3. Incumplimiento de la normatividad para la admisión del paciente remitido. 4. Las IPS citan a los usuarios a determinadas horas para la admisión del paciente en el servicio.	1.Demora en la oportunidad del servicio de ambulancia. 2.Afectación de la imagen corporativa de la institución	5	3	EXTREMO	1. Reporte y seguimiento diario de camillas retenidas. 2. Reporte al CRUE (CENTRO REAGULADOR)	65	ALTA	1. Diario =Reporte camillas retenidas. 2. Mensual = Reporte CRUE	Reducir el riesgo	1. Nº de camas retenidas al mes	Agosto de 2016	1.Formato de camillas retenidas Reporte al crue	23/06/2017	1. se evidencia que el formato de camillas retenidas de reporte al crue correspondiente al periodo de seguimiento de 2017, se encuentra en calidad para el proceso de aprobación y revisión.
		21	Inoportunidad en la prestación del servicio al paciente	Envío tardío de remisiones a la red prestadora de salud.	Cumplimiento	1. Demoras en comunicar a la radio operadora los pacientes para el proceso de remisión. 2. Demoras en la realización de evoluciones médicas de los pacientes en trámite de referencia. 3. fallas en los procedimientos internos.	1. Inoportunidad en los tiempos de traslados de pacientes. 2. Retrasos en el trámite de referencias.	5	3	EXTREMO	1. Reporte de los casos presentados durante el mes.	25	EXTREMO	Mensual	Reducir el riesgo	1. Nº de traslados con demoras en el tramite	Agosto de 2016	1. Registros TAB en Dinamica.net. 2. Soporte de envió de Historia clínicas para tramite de remisión vía email.		1.se evidencia consolidado TAB del periodo de seguimiento de 2017. 2. dentro del procedimiento no existe un estandar para plasmar demora en el trámite (actualizar procedimientos y formatos) se hace compromiso con la Dra carolina para el proximo seguimiento tener actualizados los procedimientos y formatos

11	Gestión Financiera	22	Inoportunidad y flujo de la información para registro, análisis y generación de informes	Inoportunidad y retrasos de información que se presentan dentro de los procesos internos y externos que impidan el flujo oportuno de información y veracidad de la misma.	Operativo	1 - fallas de comunicación 2 - aunque existen procedimientos internos hay retrasos 3 - Proceso engorrosos 4 - Desconocimientos de los procedimientos internos	1 - Retrasos en los procesos financieros 2 - Informes poco objetivos. 3 - Reprocesos administrativos 4 - fallas en la calidad, inconsistencias y oportunidad de la información generada 5 - Sanciones legales	5	3	EXTREMO	(fechador) de llegada de cuentas de cobro 2 - Comité financiero 3 - Cruces y generación de informes (2193, contaduría general, super salud)	70	ALTA	Registro = diario cuentas de cobro Comités = mensual financiero = mensual Informes = trimestral Informes super salud = semestral	Reducir el Riesgo	#Informes presentados/#informes programados #Comités ejecutados/#Comités programados #Fechador	Agosto de 2016	Pantallazos de cargue de información Actas de Comités financieros	2/05/2017	* Se realizó comité Financiero el 14 de Marzo de 2017, cumpliendo con lo establecido en la Resolución No 181 de 2013 en lo establecido en el Artículo No 6 Reuniones (Bimestralmente),
		23	Insostenibilidad de la ESE a nivel Financiero	Falta de recursos económicos que impidan operar y generar sostenibilidad de la ESE	Operativo	1 - Aceptación de glosas 2 - Diferentes causales y errores en la facturación 3 - Pérdida por margen de contratación.	1 - Incumplimientos legales 2 - Intervención del ente de control	5	5	EXTREMO	1 - Gestión y cobro de la cartera con las EPS, mesas de conciliación. 2 - Auditorías médicas selectivas. 3 - Retroalimentación con el equipo facturación. 4 - Informe presupuestales y financieros.	85	EXTREMO	Cartera = mensual Auditorías médicas = mensual Capacitación = quincenal Informes presupuestales y financieros = Mensuales	Reducir el Riesgo	Indicadores mensuales del Área de cartera (rotación de cartera, eficiencia del recaudo, conciliaciones, glosas) y facturación. #capacitaciones elaboradas/# capacitaciones programadas por el Área de facturación	Noviembre de 2014	Informes mensuales de la cartera Actas de Asistencia Cronograma de capacitaciones	3/05/2017	* El área de Facturación realizó 14 capacitaciones en diferentes temas de facturación como Glosas y presentación de facturas a EPS.
12	Gestión Talento Humano	24	Vinculación del personal directo o indirecto sin los requisitos legales	Por diversos motivos se realiza una vinculación inadecuada del personal de planta y contratista.	Cumplimiento	1. Desconocimiento del procedimiento de vinculación 2. fallas en el análisis y verificación de datos	1. Sanciones legales y disciplinarias 2. Imagen corporativa afectada	5	4	EXTREMO	1. Verificación contra listas de chequeo. 2. Verificación de títulos y su seguimiento. 3. Reporte de inducción	0	EXTREMO	Verificación lista de chequeo = depende de la contratación Verificación de títulos = mensual Capacitaciones = depende de la contratación	Reducir el riesgo	#de listas diligenciadas completamente/#de personal ingresado #de verificaciones realizadas/# De carpetas de personal revisadas. #inducciones realizadas/#inducciones programadas	Noviembre de 2016	1.Listas de chequeo 2.Verificaciones de títulos y reporte de seguimientos. 3.Actas de asistencia	27/06/2017	1. 80 listas de chequeo verificadas con requisitos legales solicitados sobre 80 del personal ingresado dando un cumplimiento del 100%. 2. Se realizaron las verificaciones de 407 notificaciones de título en el área asistencial de la ESE (entre personal contratista y de planta); por tanto se tomó una muestra de 60 hojas de vida, dando como resultados del seguimiento, que 15 contratistas no cuentan con la notificación del título, y un profesional de planta, igualmente no cuenta con dicha notificación, para un total del 27% que no cuentan con esta evidencia. (16/60=27%) 3. Se realizaron 22 inducciones de 19 programadas
		25	Pérdidas económicas por fallencias en la Liquidación de la Nómina.	Fallas internas por desinformación, digitación, análisis que se presentan durante el proceso de la liquidación de nómina	Operativo	1. falta de conocimiento técnico y continuidad en la ejecución del proceso 2. Generación de novedades a destiempo	1.Detrimento patrimonial 2.Demandas del personal	5	3	EXTREMO	1.Usos de software 2.Cadena de revisiones internas (tesorería, contadora, presupuesto, talento humano, subgerente y gerente)	80	ALTA	Software = mensualmente cadena de revisiones = mensualmente por nómina	Reducir el riesgo	Reporte nómina generada desde el software #Nominas totalmente firmadas/# nominas revisadas	Noviembre de 2016	Liquidación de la nómina y novedades archivadas mensualmente		1. Se evidencia 4 nominas revisadas y firmadas dando un cumplimiento del 100%

13	Gestión de Bienes y Servicios	26	Elaborar contratos sin los requisitos legales	Proyección y emisión de contratos con ausencia de requisito legales	legal	1 - Falta de planeación contractual. 2 - Desconocimiento de las normas 3 - Desactualización del manual de contratación.	1 - Nulidad de contratos 2 - Sanciones de los diferentes entes de control 3 - investigaciones penales	5	5	EXTREMO	1 - Elaboración de Capacitaciones 2 - Implementación de procedimiento interno para revisión y aprobación de estudios técnicos. 3 - Comités de contratación	85	EXTREMO	Capacitaciones = trimestral Cadena de aprobación = Procedimiento vistos diarios cuentan con responsable técnico, analista y sustanciados del contrato, coordinador de contrataciones Comités de contratación = trimestrales	Reducir el riesgo	#capacitaciones realizadas/#capacitaciones programadas #estudios previos firmados /#estudios previos ejecutados No. comités realizados	Noviembre de 2014	Actas de asistencia a capacitación Estudios previos firmados Actas de comité	11/05/2017	No se evidencia lista de asistencia de capacitación al personal de contratación durante el periodo de seguimiento evaluado; por lo cual se recomienda al coordinador del área, definir y socializar el cronograma de capacitaciones con su personal y dar cumplimiento al mismo. Se verificará en el próximo periodo de seguimiento, el cumplimiento de este control preventivo.
		27	Posibles eventos que causen deterioro patrimonial	Fallas presentadas dentro de los procesos, pólizas, deterioro y/o pérdida de elementos, insumos o materiales que puedan afectar el patrimonio de la ESE Carmen Emilia Ospina	Operativo	1 - Desconocimiento en la adquisición de pólizas. 2 - Actualización tardía de los Cambios generados en las pólizas. 3 - Pérdidas de elementos e insumos 4 - sobrecostos en la compras de suministros. 5-Demoras en la contratación	1 - Afectación de los estados financieros 2 - Sanciones legales. 3 - Represamiento en la atención del servicio.	4	4	EXTREMO	1 - Vigilancia y monitoreo de cámaras de seguridad. 2 - Firma de paz y salvos para el control de activos. 3 - Generación de comité activos fijos. 4 - Adquisición de pólizas 5 - Actualización de Manuales y procedimientos internos 6 - Inventarios de activos fijos regulares.	77	ALTA	Adquisición de pólizas anuales = Inventario de activos fijos= anual Libros de registros de la vigilancia salida de activos = diaria Comité de activos fijos = Semestral	Reducir el riesgo	#pólizas adquiridas/#pólizas requeridas por la gerencia #actividades cumplidas/#actividades programadas #paz y salvos firmados durante un periodo de tiempo/Cantidad de contratos finalizados durante un periodo de tiempo.	Noviembre de 2014	1.Pólizas 2.Cronogramas de inventario 3.Registro de libro de vigilancia 4.Informe acta de comité activos fijos	12/07/2017	1. Se adquirieron 5 pólizas de 5 requeridas por la gerencia dando un cumplimiento del 100%. 2. Se realizó 1 actividad al inventario de 1 programada dando un cumplimiento del 100% 3. se evidencia el registro de entrada y salida de activos por parte del vigilante. 4. se evidencian actas de activos fijos durante el periodo de seguimiento de 2017. 5. Severifica que 73 contratos finalizados cuentan con su respectivo paz y salvo.
		28	fallas en la infraestructura de la sedes de la entidad	Fallas en el funcionamiento de las sedes a nivel hidráulico, eléctrico y locativo.	Operativo	1 - Malos procedimientos ejecutados 2 - Falta de planeación y ejecución en labores.	1 - Daños y deterioro estructurales y equipos médicos de la entidad. 2 - Mala imagen corporativa. 3 - Inundaciones.	5	4	EXTREMO	1 - Mantenimientos preventivos y correctivos 2 - Plan anual de mantenimiento.	72	EXTREMO	Cronograma de actividades = anual Mantenimientos correctivos = diario	Reducir el riesgo	#actividades realizadas/#cronograma de actividades #mantenimientos realizados/#mantenimientos solicitados en un periodo de tiempo	Septiembre de 2016	Cronograma anual de mantenimiento Registro de actividades Ordnes de mantenimientos realizados	12/07/2017	1. se evidencia cronograma anual de mantenimiento. 2. Se realizaron 146 mantenimientos en el periodo de seguimiento de 2017 de 165 solicitados dando un cumplimiento del 88% con un estandar del indicador interno del 85%.

14	Gestión Tecnología de la Información y las Comunicación	29	Ataque cibernético a la red de la entidad.	Riesgo de un ataque a la red por parte de terceros.	Tecnología.	1. Intentos mal intencionados de terceros.	1. Pérdida y/o vulneración a la información. 2. Infección a través de virus informáticos a los equipos.	5	5	EXTREMO	1. Software de seguridad firewall. 2. Antivirus.	1. Restauración de copias de seguridad. 2. Restauración de sistemas operativos y aplicaciones.	70	EXTREMO	Anualmente: Mantenimiento de software. Trimestral: Actualización de antivirus. Restaurar copias : Eventualmente.	Evitar el riesgo.	1. Software de seguridad. 2. Antivirus.	Diciembre de 2014	1. Licencia de compra de software de seguridad. 2. Antivirus.	22/06/2017	1. La licencia tiene una vigencia anual el cual vence el 25 de octubre de 2017
		30	Deterioro del archivo gestión, histórico y central.	Daño parcial o total de los documentos físicos custodiados en el archivo de la ESE CEO.	Operativo.	1. Humedad, ácaros, polillas, polvo, roedores. 2. Eventos catastróficos. 3. Fallas procedimentales de la gestión documental.	1. Procesos jurídicos. 2. incremento en costos.	4	3	ALTA	1. Fumigaciones trimestrales. 2. Estribas plásticas para la ubicación de los documentos. 3. Reparaciones locativas. 4. Capacitaciones en la gestión documental.		85	MODERADO	Trimestral: Fumigaciones. Capacitaciones de acuerdo a la necesidad.	Reducir el riesgo.	1. Fumigaciones realizadas / Fumigaciones programadas. 2. Compra de estribas. 3. Reparaciones locativas. 4. capacitaciones en gestión documental/capacitaciones programadas	Marzo de 2016	1. Reporte de fumigación. 2. Factura de compra de estribas. 3. Factura de gastos incurridos en las reparaciones locativas. 4. Actas de asistencia a capacitaciones.		1. la fumigación se hace cada semestre el cual se realiza una sobre una programada. 2. durante el periodo de seguimiento no se adquieren estribas. 3. en evidencia se presentan los gastos de materia prima ya que la mano de obra es por cuenta del personal de mantenimiento 4. se realizan 4 capacitaciones de 4 programadas.
15	Gestión Salud Ocupacional y Medio Ambiental	31	Incumplimiento de la terminación de la red contra incendios	Se requiere terminar la red contra incendios dentro de la ESE CEO	Operativo	Falta de gestión en la consecución de los recursos financieros	Muerte, pérdidas económicas, falla de la infraestructura	4	5	EXTREMO	Plan Hospitalario de Respuesta a Emergencias - Inspecciones de seguridad Recarga, mantenimiento y señalización a los extintores existentes- Capacitaciones		85	EXTREMO	Trimestral: plan hospitalario de respuestas a la emergencia (PHRE) Anual = Recargas y mantenimiento de extintores Bimensual= Inspecciones de seguridad Bimensual: capacitaciones	Reducir el riesgo	Capacitaciones ejecutadas/# Capacitaciones programadas Número de extintores recargados/número de extintores existentes #inspecciones ejecutadas/#inspecciones programadas	Noviembre de 2014	Acta de asistencia a capacitaciones- cronograma de capacitaciones- Inspecciones formato SOA-S1F3-V2 22/11/2013 Contratos con los proveedores de las recargas de extintores	20/06/2017	1. se realizan 3 capacitaciones de 3 programadas dando un cumplimiento del 100% (se realizan anual) 2. numero de extintores recargados 166, sobre un total existentes de 166 dando un cumplimiento del 100% 3. se realizan 2 inspecciones de 2 programadas dando un cumplimiento del 100% 4. se evidencia contrato legalizado vigente
		32	Amenazas por infraestructura locativa	Deterioro y deficiencia de equipos e instalaciones que no cumplen con las especificaciones de infraestructura	Financiero	Falta de recursos financieros	Muerte, pérdidas económicas, falla infraestructura, cierres parciales de centro de salud	3	5	EXTREMO	Inspecciones de seguridad . Plan Hospitalario de Respuesta a emergencias		75	ALTA	Bimensual: Inspecciones de seguridad Trimestral: plan hospitalario de respuestas a la emergencia (PHRE)	Reducir el riesgo	#Inspecciones ejecutadas/#inspecciones programadas	Agosto de 2016	Informes bimensuales de inspecciones de seguridad		1. se realizan 2 inspecciones de 2 programadas durante el periodo de seguimiento de 2017 dando un cumplimiento del 100%
		33	Inadecuada Segregación en la fuente	Inadecuada gestión y manejo externo e interno de los residuos hospitalarios y similares incluida la segregación, tratamiento y disposición final de los recursos	Cumplimiento	falta de apropiación de las capacitaciones realizadas	Accidentes Biológicos o infracciones Ambientales		4	3	ALTA	Inspecciones segregación en la fuente y capacitación del personal		80	MODERADO	Semanal: inspecciones de segregación Mensual: capacitaciones	Reducir el riesgo	Inspecciones ejecutadas/inspecciones programadas #capacitaciones ejecutadas/#capacitaciones programadas	Noviembre de 2014	formatos de inspeccion SOA-S2F3-V3-22/05/2014 actas de asistencia	20/06/2017

16	Sistema de Información y Atención al Usuario	34	Cobertura en la prestación del servicio del call Center	Deficiente capacidad del área para generar la prestación del servicio	Operativo	1. falta de personal. 2. Inexperiencia	1. insatisfacción del usuarios. 2. Aumento de PQRs. 3. Disminución de ingresos.	5	3	EXTREMO	1.capacitación al personal SIAU 2.analisis de los reporte de llamadas(analisis de productividad) 3.capacitacion a los usuarios	70	ALTA	Capacitacion del personal= mensual Analisis de reportes = mensualmente capacitacion = mensualmente	Evitar el riesgo	1. #capacitaciones realizadas/#capacitaciones programadas 2. # llamadas contestadas por el funcionario / # llamadas contestadas por el funcionario de mayor flujo de llamadas.	Octubre de 2016	1.Cronograma de capacitaciones al personal de SIAU 2.Analisis y reporte de contestacion de llamadas	13/05/2017	<p>1. Se realizaron 4 capacitaciones al personal en el periodo de seguimiento de 2017 de 4 capacitaciones programadas , dando un cumplimiento del 100%.</p> <p>2.se evidencia que el Call Center tiene cobertura en un 75% , basándonos en la siguiente información: Llamadas que entraron al sistema 179.889 Llamadas exitosas 135.706 Llamadas abandonadas 44.183</p> <p>3. Se realizaron 5477capacitaciones a los usuarios en el periodo de seguimiento de 2017 y capacitaciones programadas 5477, dando un cumplimiento del 100%.</p>
----	--	----	---	---	-----------	---	---	---	---	----------------	--	----	-------------	--	------------------	---	-----------------	--	------------	---