San José del Guaviare, 26 de julio de 2023

100-102-039-2023

Jefe
OVEIDA PARRA NOVOA
Gerente
E.S.E Hospital San José del Guaviare
San José del Guaviare

Asunto: Evaluación Riesgos de Gestión Primer Semestre Vigencia 2023

Cordial saludo, Jefe Oveida,

De manera respetuosa remito evaluación del Mapa de Riesgos de Gestión, correspondiente al I semestre de la vigencia 2023; al respecto y de acuerdo a la verificación realizada a través de del software Almera de la Entidad, la ESE Hospital San José del Guaviare, ha identificado 35 Riesgos de Gestión, los cuales fueron tratados de conformidad a la política de Gestión del Riesgo adoptada por la entidad y sistematizados y gestionados en el software Almera, donde cada responsable del control adjunta la evidencia de cumplimiento; la Oficina de Control Interno de Gestión, realizó seguimiento y evaluación al cumplimiento de los controles; cabe resaltar que este informe es publicado en la página Web de la institución, así mismo el documento Excel Evaluación del Mapa de Riesgos de Gestión el cual es parte integral de este informe.

Tabla No 1.

RIESGOS DE GESTION II SEMESTRE VIG. 2022		
No. AREAS/SERVICIO/PROCESOS	**No. RIESGOS IDENTIFICADOS**	**NO. ACTIVIDADES DE CONTROL**
34	35	39

En la tabla No. 1 se observa 35 Riesgos de Gestión identificados, correspondientes a 34 procesos de los diferentes servicios asistenciales y áreas administrativas de la Institución, de igual manera se establecieron 39 controles, conformando así el mapa de Riesgos de Gestión de la ESE Hospital San José del Guaviare para la vigencia 2023, así mismo se evidencia un tratamiento a los riesgos enmarcados en la política de riesgos de la entidad y la guía metodológica V.5 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Tabla No 2. Actividades de Control con avance de cumplimiento del 50%:

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Mercadeo	Posibilidad de tergiversar información de los servicios de salud, por parte de los usuarios y/o medios de comunicación (emisoras locales y redes sociales), lo	El líder de la gestión de comunicaciones realizará programas radiales sobre los diferentes procesos y procedimientos de la entidad, para el conocimiento de los usuarios	En ejecución	50%	Se evidencia un informe técnico que da cuenta de los programas radiales en la emisora marandua

	cual afecta la imagen de la entidad.	con el fin de mejorar la percepción de la ESE hospital San José del Guaviare cada vez que se presente.			estero 100.7
Mercadeo	Desconocimiento del mercado para brindar servicios de salud oportunos para los usuarios de la E.S.E. Hospital San José del Guaviare.	El profesional del proceso, realizara una investigación de mercado, para generar tarifas a particulares de acuerdo con los servicios priorizados, con el objeto de mejorar en términos de competitividad.	En ejecución	50%	Se evidencia que el control se ejecutó para la investigación de los servicios de laboratorio y fisioterapia.
Seguridad y Salud en el Trabajo	Posibilidad de no realizar la investigación de los accidentes laborales que se presentan en los servidores Y/o contratistas de la E.S.E. Hospital San José del Guaviare.	El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, una vez se presente el evento (accidente de trabajo), convocará el grupo investigativo de acuerdo a lo establecido en la norma vigente (1401 de 2007), con el fin de identificar el motivo y realizar las acciones de mejora, y de esta manera disminuir la accidentalidad laboral por la misma causa.	En ejecución	50%	Se evidencia informe semestral 2023, de los eventos de SST ocurridos en la ESE HSJG.
Gestión Documental	Posibilidad de pérdida de la memoria histórica de la entidad (documentos para la cultura, la ciencia, y la investigación), debido a la inexistencia de las TVD (Tablas de valoración documental)	El líder del proceso deberá realizar la intervención de los fondos acumulados (clasificación, ordenación, organización y descripción de información) de acuerdo a la normatividad archivística la cual será presentada mediante un informe con sus respectivas evidencias, registro fotográfico y los (FUID) formato único de inventario documental, con el fin de propender la conservación y preservación de la memoria institucional.	En ejecución	50%	Se evidencia 2 documentos en los que se informa el avance de las actividades del control durante el primer semestre 2023; así mismo se observan los formatos FUID de las áreas Talento Humano, Tesorería y Jurídica de las vigencias 1998,1999 y parte del 2.000. Se recomienda reformular / ajustar el riesgo y el control propuesto, teniendo en cuenta que tanto el riesgo como el control actual plantean actividades propias del proceso, de planes del proceso de gestión documental y legales como tal.
Servicio de Alimentación	Posibilidad de infección de pacientes hospitalizados por enfermedades transmitidas por alimentos.	El líder del proceso realzará 1 capacitación mensual sobre buenas prácticas de manufactura al personal manipulador de alimentos que opera en el servicio, con el fin de establecer un producto inocuo al paciente	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control.

		hospitalizado.			
Control Interno Disciplinario	Posibilidad de violación al debido proceso por vencimiento de términos de las diferentes etapas procesales dentro de los procesos disciplinarios, lo cual generaría nulidad de procesos disciplinarios y vulneración al derecho constitucional del debido proceso.	El profesional del proceso deberá emitir los autos de conformidad con lo establecido en la ley 1952 de 2019 reformada por la ley 2094 de 2021 y demás normas concordantes.	En ejecución	50%	Se evidencia documento que informa el número de procesos disciplinarios y el estado de los mismos. Se recomienda reformular el control, de manera más específica, es decir que éste ataque de forma directa la causa raíz del riesgo identificado.
Costos	Posibilidad de recibir cotizaciones que no cumplen con las especificaciones solicitadas en la necesidad, debido a que el área responsable no verifica la información que envía, con el fin de generar los análisis de costos de acuerdo a la necesidad que se presenta.	El líder del proceso de gestión de costos, realizará notificación a través de los canales de comunicación institucional (correo electrónico), donde se informa al área responsable las inconsistencias de las cotizaciones con respecto a la necesidad.	En ejecución	50%	Se evidencia informe I semestre 2023 que da cuenta de la articulación entre el proceso de costos y áreas que generaron la necesidad de bienes y servicios a contratar y que requirieron del análisis de estimación económica.
Auditoría de Cuentas Médicas	Posibilidad de que la respuesta emitida a las glosas, no subsane la objeción presentada por parte de la Entidad Responsable de Pago, lo cual afecta el flujo de recursos de la entidad.	El líder del proceso realizara evaluación de la calidad de las respuesta a las glosas emitidas por el personal del área de Auditoría de Cuentas Médicas, realizando una revisión aleatoria de una cantidad determinada de facturas por cada funcionario, con el objeto de identificar hallazgos en la justificación de las objeciones presentadas y establecer acciones de mejora.	En ejecución	50%	Se evidencia un (1) informe semestral de la gestión de auditoría de cuentas médicas correspondiente al I semestre de la vigencia.
Auditoría Concurrente	Posibilidad de Subfacturación de servicios prestados durante la estancia hospitalaria.	El equipo de auditoria concurrente deberá realizar el seguimiento de la historia clínica de los pacientes que egresan de la E.S.E. Hospital San José del Guaviare, con el fin de identificar hallazgos en los servicios prestados producto de la subfacturación.	En ejecución	50%	Se evidencia los informes mensuales (6) de auditoria concurrente correspondientes al primer semestre de 2023, de igual manera se evidencian los formatos de hallazgos, como soportes complementarios. Se observa que la frecuencia se estableció

					mensual, sin embargo el control se ejecuta diariamente. La frecuencia
Estadística	Posibilidad de entrega de historias clínicas, sin la debida documentación requerida de acuerdo a la resolución 1995 de 1999, con el fin de evitar o incurrir en procesos judiciales.	El líder de estadística realizará la socialización del manual de manejo de historias clínicas al personal del área de manera semestral, con el fin de dar cumplimiento a los requisitos para la entrega de la historia clínica de acuerdo a la resolución 1995 de 1999	En ejecución	50%	Se evidencia cumplimiento del control diseñado.
Gestión Ambiental	Posibilidad de Inadecuada segregación de residuos hospitalarios y similares en los diferentes servicios de la Institución, de acuerdo al código de colores, lo cual podría generar contaminación al medio ambiente, accidentes laborales y enfermedades.	El profesional de la Gestión Ambiental, realizara sensibilización mensual por cada una de las áreas administrativas y asistenciales de la entidad, con el fin de dar a conocer la adecuada segregación de los residuos hospitalarios y similares, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el (PGIRHS), con el fin de mitigar el impacto ambiental y los accidentes laborales.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control.
Consulta Externa	Posibilidad de no cumplir con la oportunidad en la asignación de citas para especialidades básicas lo cual afecta la necesidad de los usuarios y genera insatisfacción.	El líder de consulta externa realizará un Informe trimestral de análisis de oportunidad, el cual servirá de base para la toma de decisiones en la subgerencia de servicios de salud.	En ejecución	50%	Se evidencia 2 informes de análisis de oportunidad a indicadores en la asignación de citas de especialidades básicas. Se recomienda actualizar el control u gestionar el resultado del control, en tanto que en los informes se evidencia la materialización del riesgo.
Cirugía	Baja oportunidad para la realización de cirugías (procedimientos quirúrgicos), debido a barreras de acceso de atención en salud	1-El líder del servicio de cirugía deberá realizar el proceso de autogestión para mitigar el riesgo de inasistencias de pacientes a procedimientos quirúrgicos, mediante la herramienta de verificación de barreras de acceso (autorizaciones administrativas, geográficas, entre otras) a cirugías programadas.	En ejecución	50%	Se evidencia base de programación de pacientes en Excel exportada del software Dinámica Gerencial, sin embargo, la misma no da alcance a luna autogestión que mitigue el riesgo identificado.
Epidemiología	Posibilidad de la generación de información no veraz y oportuna en los eventos de vigilancia en salud pública, debido a fallas en el proceso	El líder del proceso de epidemiología implementará estrategias de comunicación y socialización (video, informa, clips informativo a través de grupos de	En ejecución	50%	Se evidencia acciones en cada una de las actividades de control.

	de inducción para el personal asistencial.	WhatsApp), para al personal asistencial, realizara inducción al personal nuevo sobre la importancia de la notificación de eventos en salud pública, se notificará a la coordinación médica y a la subgerencia de servicios de salud la falta de notificación de eventos por parte de los médicos, con el fin de realizar el correcto diligenciamiento de las fichas por parte del personal médico.			
Hospitalización	Posibilidad de que se presenten caídas de pacientes en el servicio, lo cual puede generar (fracturas de cadera, trauma cráneo encefálico, eventos adversos) y demandas para la entidad.	El líder del proceso deberá realizar la capacitación sobre el protocolo de riesgo de caída para el personal de enfermería, con el objeto de medir adherencia y mitigar el riesgo.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control. La ficha técnica de socialización del protocolo de prevención de caída del paciente, registra una fecha de la vigencia anterior, como también un mes diferente al listado de asistencia. (Verificar)
Hospitalización /Etnopabellon	Posibilidad de desequilibrio económico en el Servicio de Etnopabellon, lo cual afecta la productividad del servicio.	El Coordinador del servicio realizará el seguimiento aleatorio mensual a las facturas generadas de los egresos del Etnopabellon, para identificar hallazgos por subfacturación o inadecuada asignación del centro de atención, de igual forma se notificara al área respectiva (Facturación), con el fin de corregir las desviaciones encontradas y así garantizar el debido registro de los egresos del servicio.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control, mediante un informe de auditoría realizado a las facturas del servicio del etno pabellón del primer semestre 2023.
Laboratorio Clínico	Posibilidad de no generar reporte de exámenes para diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio por no disponibilidad de reactivo de troponina I cuantitativa, lo que imposibilita una confirmación del diagnóstico y tratamiento oportuno.	El líder del proceso de laboratorio clínico, deberá verificar la aplicación y gestión de la lista de chequeo reactivos para el diagnóstico del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) por parte del personal auxiliar de bacteriología el cual se realiza de manera mensual, con el fin de llevar el seguimiento y monitoreo de reactivos (troponina I cuantitativa) en el servicio.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control.
Referencia y Contra Referencia	Posibilidad de no reconocimiento del valor establecido en las tarifas de transporte asistencial básico y medicalizado propias del HSJG, lo cual ocasiona pérdida de recursos económicos generando (glosas)	El líder del proceso realiza la notificación de la resolución de tarifas estipuladas para el servicio de transporte asistencial básico y medicalizado a la EPS respectiva mediante un correo electrónico institucional, el cual será previo a la generación de la autorización, con el objeto de dar a conocer el valor del servicio ofertado.	En ejecución	50%	Se evidencia evidencias de ejecución del control, tomadas de forma aleatoria. Se recomienda mejorar y ampliar el contenido de la evidencia de ejecución del control.

Seguridad del paciente	Posibilidad de no realizar el reporte de eventos adversos de manera oportuna, lo cual puede generar hallazgos por parte de los entes de control y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).	Realizar evaluación periódica de las notas de enfermería que permite mejorar el registro en el proceso de atención	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control.
Servicio Transfusional	Posibilidad de entregar Hemo componente incorrecto, lo cual generaría una posible Reacción Adversa a la Transfusión o evento adverso a paciente transfundido.	1. El líder del servicio Transfusional aplica de manera mensual formato Guía de inspección - ejercicio de trazabilidad, con el fin de verificar el correcto procedimiento establecido.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control. Se recomienda aplicar el control como se estableció en el mapa.
Servicio Transfusional	Posibilidad de entregar Hemo componente incorrecto, lo cual generaría una posible Reacción Adversa a la Transfusión o evento adverso a paciente transfundido.	Realizar reinducción al protocolo de Transfusión Sanguínea intrahospitalaria al personal involucrado en fallas detectadas.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control.
Transporte Asistencial	Posibilidad de incumplimiento por parte del auxiliar de enfermería del servicio de ambulancia en el cargue de la bitácora (registro clínico de los pacientes que son trasladados en ambulancia) al software institucional (DINAMICA.NET), para ser anexada en la factura de cobro.	El líder del proceso de transporte asistencial realizará la socialización al personal auxiliar de enfermería responsable del cargue de la bitácora en el software de DINAMICA GERENCIAL, con el fin de apropiar y adherir la importancia del registro.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control.
Trabajo social	Posibilidad de estancias hospitalarias injustificadas, a la espera de un trámite administrativo (autorización de servicios, ICBF, comisarías de familias, hogar de tercera edad, transporte y albergues) por parte del asegurador.	El líder del proceso realiza la verificación de la situación del paciente; de acuerdo a la necesidad se notifica a la EPS para la ubicación de albergue y transporte, una vez se obtiene la autorización de la EPS, se informa a la red contratada que autoriza el pagador para que asigne albergue, transporte y/o aerolínea), el proceso de solicitud se lleva a cabo mediante oficio institucional y formato de entrega (aprobado por el HSJG), de igual manera se notifica mediante oficio al ente territorial (Alcaldía y Gobernación), Personerías ,Comisarías, Defensoría del Pueblo y EPS entre otras, para designación de hogar de tercera edad en caso de requerir un adulto mayor en situación de abandono.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control
Unidad de Cuidados Intermedios	Posibilidad de presentar lesión por presión asociadas a la atención hospitalaria en los pacientes del servicio	El líder del proceso capacitará al personal del servicio sobre el protocolo de prevención de lpp (lesiones por presión), con el objeto de medir adherencia al protocolo y mitigar el riesgo por	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control.

		lesión.			
Unidad Materno Infantil	Posibilidad de caída del paciente en la unidad materno infantil, lo que puede generar lesiones (trauma cráneo encefálico, fracturas de cadera, eventos adversos) y demandas para la entidad.	El líder del proceso realizará capacitación del protocolo de riesgo de caída al personal de enfermería (UMI), con el fin de medir adherencia al protocolo por parte del personal, y de esta manera mitigar el riesgo.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control. Falta lista asistencia.
Unidad Materno Infantil	Posibilidad de caída del paciente en la unidad materno infantil, lo que puede generar lesiones (trauma cráneo encefálico, fracturas de cadera, eventos adversos) y demandas para la entidad.	Medir adherencia al protocolo de identificación del paciente al personal del servicio de la UMI	En ejecución	50%	El control se ejecuta, no hay evidencias, sin embargo estas fueron adjuntadas en el control 1 del mismo riesgo.
Urgencias	Posibilidad de estancias prolongadas no justificadas lo cual genera insatisfacción del usuario pérdida de recursos económicos y afectación de la imagen en el servicio de urgencias.	Realizar seguimiento a la oportunidad en la toma de ecografías en el servicio de urgencias a pacientes en observación, con el fin de minimizar las estancias prolongadas no justificadas.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control.
SIAU	Posibilidad de incumplimiento en la presentación de las respuestas a las peticiones, quejas y reclamos, (PQRS) por parte del personal responsable y/o implicado. Mayor al tiempo establecido. Con el fin de evitar tramites jurídicos (demanda o sanción), planes de mejoramiento, por parte de los entes de control que afectan a la entidad.	1. El líder del proceso de atención al usuario realizara el envío de la petición, queja y reclamo (PQRS) mediante correo institucional a las áreas responsables de establecer la respuesta oportuna, de igual manera se debe establecer recordatorios periódicos para la fecha de respuesta en el menor tiempo posible, así como también se debe presentar la gestión de las peticiones quejas y reclamos ante el comité de PQRS, con el fin de establecer acciones de mejora.	En ejecución	50%	Se evidencia ejecución del control.

Se observa en la tabla No. 2. Que 28 controles dieron alcance a lo propuesto en el tratamiento del mapa de Riesgos de Gestión, número que indica que el 72% los controles presentan una ejecución del 50% respecto al corte del primer semestre de la vigencia 2023. Se resalta que estas áreas están activas para mitigación de los riesgos y cumplimiento de sus objetivos; así mismo se solicita tener en cuenta las recomendaciones dadas por la Oficina de C.I.G en la casilla observaciones.

Tabla No 3. Actividades de control con cumplimiento parcial.

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Calidad	Posibilidad de no ejecución de la ruta crítica (autoevaluación, selección, priorización, plan de mejoramiento y aprendizaje organizacional) del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC).	El equipo del área de Calidad deberá realizar asesorías y auditoria por grupos de estándar de acreditación, (Direccionamiento, Gerencia, Mejoramiento continuo, Ambiente físico, Talento Humano, información,	En ejecución.	33%	Se evidencian actas de la asesoría y auditoria PAMEC y un informe que indica el % de avance del cumplimiento a los PDM PAMEC con corte al I semestre 2023. (Se observa en el acta de asesoría # 3 del 17/5/2023 el estándar mejoramiento continuo, en los compromisos una de las responsables ya no trabaja en la entidad) (Se

		Tecnología y Cliente asistencial) para el mejoramiento continúo de la entidad.			observa en el # 4 14/6/2023 del estándar TH, se indica fecha (14/07/2023) de verificación de los estándar es posterior a la fecha del acta, y el # acta es del acta anterior).
Gobierno en Línea	Posibilidad del no envió oportuno de la información mínima requerida para el cumplimiento de la ley de transparencia y acceso a la información pública por parte de las áreas responsables que generan información.	El líder de Gobierno digital realizará capacitación mensual a cada líder y/o área encargada de generar la información mínima obligatoria, acorde a los lineamientos de la ley de transparencia, igualmente se notificara a todas las áreas mediante correo institucional notificará a todas las áreas mediante correo institucional.	En ejecución.	30%	De acuerdo a las evidencias, se observa un bajo nivel de cumplimiento a la ejecución del control. Se recomienda ejecutar el control de forma mensual como fue diseñado y su periodicidad como también involucrando a todas las áreas responsables de publicar información.
Planeación	Posibilidad de incumplimiento de las metas y actividades formuladas en el plan de acción 2023, lo cual afecta los resultados propuestos en el Plan Estratégico de la ESE. Hospital San José del Guaviare.	El líder del proceso realizara seguimiento trimestral a las acciones y metas programadas en el plan de acción institucional, con el objeto de llevar a cabo el monitoreo de las metas de acuerdo con los objetivos estratégicos.	En ejecución.	25%	Se evidencia 2 informes de seguimiento al plan de acción. No se observa las actas del Comité de Gestión y Desempeño Institucional.
Seguridad del paciente	Posibilidad de no realizar el reporte de eventos adversos de manera oportuna, lo cual puede generar hallazgos por parte de los entes de control y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).	El líder de seguridad del paciente, deberá realizar retroalimentación de los casos de deficiencia de los registros clínicos relacionados con los eventos adversos de difícil investigación, con el objeto de mejorar el registro clínico.	En ejecución.	30%	Se realizó retroalimentación, sin embargo el informe no evidencia las características o el criterio definido en el control "*realimentación de los casos de deficiencia de los registros clínicos relacionados con los eventos adversos de difícil investigación*,"

Se observan 4 controles de Riesgos de Gestión con un cumplimiento parcial y menor a lo proyectado para el primer semestre 2023, estos controles corresponden al 10% del universo de controles propuesto en el tratamiento del mapa de Riesgos de Gestión.

En la columna observaciones se indica por que la calificación, apreciada por la Oficina de Control Interno de Gestión.

Tabla No 4. Actividades de control sin avance en la ejecución de controles.

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Talento Humano	Desconocimiento general de la operación institucional, debido a la poca adherencia del proceso de inducción y reinducción a servidores y contratistas que laboran en la entidad, lo cual ocasiona reprocesos que generan consecuencias negativas y aumenta la carga de trabajo en los colaboradores.	La líder del área de talento humano coordinara con el área de planeación un espacio dentro de la agenda del CIGD, para que los líderes de área o proceso realicen la presentación de la inducción de su área, esto con el objetivo que los miembros de la instancia máxima de la entidad evalúen el impacto de la misma y realicen las observaciones y correcciones respectivas.	Sin ejecución.	0%	No se evidencia ejecución del control.
Tecnología Informática	Posibilidad de pérdida de información del software Dinámica Gerencial, el cual permite gestionar los datos generados por los distintos procesos administrativos y asistenciales de la entidad, lo que imposibilita la gerenciación de copias de seguridad que respalden la información generada.	El líder del área de Sistemas realizará copias de seguridad mensuales de la base de datos del software Dinámica Gerencial, con el fin de mantener los registros generados y así evitar la pérdida de información.	Sin ejecución.	0%	No se evidencia acciones realizadas al control.
Esterilización	Posibilidad de gasto desmedido del material misceláneo (gasas. apósitos, vendajes, compresas, etc.) en los diferentes servicios de la entidad. Lo que genera un aumento del recurso financiero.	El coordinador del proceso de esterilización realizará un seguimiento mensual del gasto de material por área del hospital. Con el fin de determinar el consumo de cada servicio y verificar si coincide con la demanda real de cada uno de ellos.	Sin ejecución.	0%	Los anexos adjuntados no corresponden al control diseñado ni a las evidencias enunciadas en el tratamiento del riesgo. Se evidencia un Formato de Solicitud de Material Estéril de la vigencia 2018, e incluso algunos de ellos no tienen firmas, y otros están en blanco.
Imagenología	Posibilidad de exposición a la radiación por cada estudio radiológico por parte del personal del servicio.	Realizar el control de docimetría mensual de cada tecnólogo donde se verifica el nivel de radiación a la que se expone	Sin ejecución.	0%	No se evidencia acciones realizadas al control.
Imagenología	Posibilidad de exposición a la radiación por cada estudio radiológico por parte del personal del servicio.	El líder del proceso realizará rondas periódicas en el servicio de imagenología de manera aleatoria, con el fin de verificar la utilización de las	Sin ejecución.	0%	No se evidencia acciones realizadas al control.

		medidas de protección por parte de los tecnólogos.			
Terapia Física	Posibilidad de quemaduras en la piel con la aplicación de electro estimulación y/o termoterapia por manejo de altas temperaturas en los medios terapéuticos de aplicación.	El líder de terapia física realizará la socialización del manual de equipos y procedimientos de fisioterapia, así mismo, se debe implementar la verificación periódica del estado de las almohadillas.	Sin ejecución.	0%	No se evidencia ejecución del control.
Terapia Respiratoria	Posibilidad de que se presente y/o génere en una paciente neumonía asociada a ventilación mecánica.	El líder del proceso realizará la capacitación del protocolo de ventilación mecánica al personal del servicio, así mismo se implementará la lista de chequeo para verificar la adherencia al protocolo.	Sin ejecución.	0%	No se evidencia ejecución del control.

De acuerdo a la tabla No.4. Siete (7) controles no registraron evidencias de ejecución al control, en otros casos las evidencias cargadas al software Almera no dan alcance de a las evidencias propuestas en el tratamiento del riesgo, como tampoco al control, estos controles sin ejecución representan un 18%.

Finalmente se observa un cumplimiento total de 39% al mapa de Riesgos de Gestión para el primer semestre 2023.

Recomendaciones

1. Se recomienda diseñar controles y evidencias distintas a las actividades propias del proceso y de obligatorio cumplimiento, a menos que este sea muy efectivo y de alcance a la ejecución y cumplimiento del control y mitigación del Riesgo. Vale la pena considerar, que sí el control se viene realizando previo a la identificación del Riesgo, en consecuencia, la identificación del riesgo no corresponde u el control debe reforzarse por uno de mayor efectividad, y lograr una mitigación del Riesgo.
2. La identificación de los riesgos debe tener como primer insumo el objetivo del proceso, y este a su vez estar alineado con los objetivos institucionales de la entidad y normatividad vigente, de no ser así, se debe considerar la actualización del mismo.
3. Se recomienda efectuar capacitaciones a los líderes de los procesos del contenido de la guía para la administración del riesgo (Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 - diciembre de 2020) del DAFP, a fin de propender el conocimiento y aplicabilidad de dicha herramienta y logar mayor efectividad en el cumplimiento de las actividades de control como también de un eficiente tratamiento del mapa de riesgos de gestión.
4. se recomienda a las áreas, que a la fecha no han iniciado las actividades de control, dar cumplimiento y subirlos a la plataforma de Almera; dado que el incumplimiento genera ubicación del riesgo en zona Extrema, Alta o su materialización, generando incumplimiento

de metas o desviación de recursos; de no presentar evidencias de cumplimiento, estas áreas están sujetas a que se les realice auditorías internas por parte de Control Interno de Gestión y Calidad.

Atentamente,

LUCEDY TRUJILLO LAZO
Jefe Oficina Control Interno de Gestión

Proyecto: Luz A. Parrado V.; Apoyo Prof. C.I.G