

INFORME GESTIÓN DEL RIESGO

FECHA DE ELABORACIÓN	29 de Enero de 2024
PERIODO EVALUADO	Del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2023

Con el presente informe sobre Gestión del Riesgo en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Paipa, dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 87 de 1993, Decreto 1083 de 2015. Decreto 648 de 2017 que entre otros, redefine los Roles que deben cumplir las oficinas de Control Interno y el Decreto 1499 de 2017, que actualizó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, indicando que las oficinas de Control Interno deben revisar la efectividad y aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad.

Por otra parte y de acuerdo a lo definido en los procedimientos Gestión de Riesgos Administrativos y Gestión de Riesgos Asistenciales en la actividad No. 8 Monitorear y Revisar los Riesgos Institucionales la Oficina de Control Interno en su rol de tercera línea de defensa evaluará la implementación de los riesgos y mecanismos para prevenir y controlar su materialización.

Normatividad

- Ley 87 de 1993
- Decreto 1083 de 2015
- Decreto 648 de 2017
- Decreto 1499 de 2017
- Política de Administración de Riesgos
- Procedimiento de Auditorías basada en Riesgos
- Procedimiento Gestión de Riesgos Administrativos
- Procedimiento Gestión de Riesgo Asistenciales.

SOPORTES

- Política de Administración de Riesgos
- Procedimiento de Auditorías basada en Riesgos
- Procedimiento Gestión de Riesgos Administrativos
- Procedimiento Gestión de Riesgo Asistenciales.
- Mapa de Riesgos Asistenciales (Excel)

DESARROLLO

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paul para la vigencia 2022 actualizó e implemento la política de Gestión de Riesgo la cual integra unas estrategias de sensibilización y capacitación;

- Identificar los riesgos Estratégicos, de apoyo, misionales y clínicos
- Analizar y evaluar los riesgos de acuerdo a la metodología definida
- Determinar el tratamiento a seguir para controlar, minimizar y/o evitar la materialización del riesgo
- Monitorear y revisar los riesgos Institucionales
- Integrar y capacitar a los líderes involucrados para la gestión del riesgo y desplegar a todo nivel

Teniendo en cuenta las actividades implementadas en el procedimiento para Gestión del Riesgo, se incluye la de Identificar los riesgos estratégicos y de apoyo junto con sus causas consecuencias e identificar así mismo la existencia de controles.

Para la vigencia 2023 la metodología para elaborar el mapa de riesgos se ajustó en base a la herramienta para construcción de mapa de riesgos sugerido por la Función Pública. A pesar que la E.S.E. Empezó el proceso y la metodología para actualizar el mapa de riesgos Institucional, únicamente 4 procesos muestran algún adelanto.

- Gestión de la Atención al Usuario y su Familia
- Gestión de Talento Humano
- Gestión Jurídica
- Gestión de la Evaluación y el Control

Mapa de Riesgos adelantado a la fecha:

Proceso	Riesgo	Descripción del Control
Gestión del Talento Humano	Posibilidad de incumplimiento en las tareas asignadas al trabajador y/o colaborador, por falta de inducción específica	El líder del proceso debe realizar la inducción específica al personal nuevo, así como la evaluación de su desempeño.
		El profesional de Talento Humano solicita el diligenciamiento del formato de inducción específica, cada vez que ingrese una persona a laborar en la entidad
	Posibilidad de sanciones administrativas por incumplimiento de requisitos de habilitación para el estándar de talento humano, debido a la vinculación de colaboradores que no cuenten con los	Verificar que el personal que se vincule a la institución, cuente con los requisitos de habilitación.



	requisitos de formación mínimos para el servicio asignado.	
	Posibilidad de no adelantar el plan de capacitación al personal de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Paipa	Establecer el Plan Institucional de Capacitación, seguimiento y evaluación
Gestión de Atención al Usuario y su Familia	Incumplimiento en los tiempos de respuesta de las PQRSF	
	Vulneración de los derechos y deberes de los usuarios.	
	No brindar solución de acuerdo a las necesidades que manifiesten los usuarios.	
	Desinterés por promover los diferentes espacios de participación social en salud, en la Institución.	
	Informes Extemporáneos a los entes de control.	
Gestión Jurídica	Posibilidad de afectación económica y reputacional por dar respuesta a Derechos de Petición y Acciones de Tutela fuera del término legal	
	No se archivan de manera adecuada todos los documentos que se generan desde el área jurídica, razón por la cual no se les puede hacer seguimiento adecuado que permitiría pérdida, extravío y/o deterioro de los mismos.	
	No atender de manera efectiva y dentro del término legal todas las actuaciones procesales que requiere un proceso judicial o extrajudicial ante los despachos judiciales, por parte de los apoderados.	
	Desactualización o información incorrecta incorporada en los actos administrativos y documentos jurídicos de la	

	E.S.E	
Gestión de la Evaluación y el Control	Posibilidad de afectación económica y reputacional por posibles investigaciones y sanciones disciplinarias por Entes de Control debido a la omisión o inoportunidad en la presentación de Informes de obligatorio cumplimiento.	Adoptar el Plan Anual de Auditorias el cual incluye el cronograma para presentación de Informes
		Implementar un cronograma Institucional registrando los informes que la ESE en todas sus áreas y así planear oportunamente su elaboración y presentación
	Posibilidad de pérdida reputacional por insatisfacción de los grupos de valor debido a errores o inconsistencias al evaluar la efectividad de los controles del sistema de control interno	Implementar los mecanismos de Control por proceso para el efectivo seguimiento y control por parte de la Oficina de Control Interno
		Solicitar a las diferentes áreas oportunamente la información requerida para elaborar los informes oportunos y con calidad.
	Posibilidad de pérdida reputacional por favorecer o perjudicar a líderes de procesos debido a manipulación de los resultados de las auditorias de control interno de gestión	Enviar informes realizados de Auditorias a los responsables para validar la información consignada. Evaluar el Plan anual de Auditorias de la ESE
		Definir planes de mejoramiento en compañía de los líderes de procesos.
Evaluar el procedimiento de Auditorías Internas de Gestión		

CONCLUSIONES

1. El Mapa de Riesgos Institucional se está construyendo en base a la metodología y herramienta sugerida por la función pública, aun así solo se evidencia avance en 4 procesos.
2. La estructura del mapa de riesgos cumple con las características definidas normativamente.
3. De los 21 Procesos identificados en el mapa de proceso de la ESE, cuatro procesos han adelantado sus matrices de riesgos, de estos, dos procesos han identificado mecanismos de control.

RECOMENDACIONES

En cumplimiento a las funciones de Control Interno consagradas en el artículo 12 de la Ley 87 de 1993, y el Decreto 1083 de 2015 para la evaluación y seguimiento a la Gestión del Riesgo se recomienda;

1. Actualizar la política de administración del riesgo, incluyendo riesgos de corrupción y finalizar la construcción e implementación de la matriz de Riesgos de la ESE, incluidos los mecanismos de Control.
2. En base a la metodología implementada de la Función Pública, se recomienda revisar y ajustar la descripción del riesgo en los procesos, además de evitar el uso de palabras como; “No hacer”, “No brindar” “falta de” y reemplazar por ejemplo con términos como; “indebida”, “ausencia de”, “deficiente capacidad para”... Etc.
3. Medir la adherencia de los riesgos identificados, así como sus controles con el objeto de aplicar el ciclo PHVA y así garantizar la efectividad de los mismos.
4. Incluir los riesgos de corrupción.
5. Implementar plan de acción en la vigencia 2024 para completar la metodología de implementación de gestión incluidos los riesgos anticorrupción en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul, toda vez que es una actividad definida en el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano para la vigencia 2024.

Cordialmente,



OSCAR IVAN VALDERRAMA MORALES.
JEFE OFICINA CONTROL INTERNO