SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE GESTION, CORRUPCION Y SEGURIDAD DIGITAL DE LOS PROCESOS – Y AL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO PAAC 2022, SEGUNDO CUATRIMESTRE DEL 2022.

INFORME

1. INFORMACIÓN GENERAL

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

Se inicia con la verificación de la actualización de la nueva guía expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y termina con un concepto sobre el estado de actualización y envío del informe.

CRITERIOS DE LA EVALUACIÓN

MECI Actualizado, Decreto 1499 de 2017-Dimesión 7 Control Interno MIPG, Componente (02) dos Evaluación del Riesgo, Primera, Segunda y Tercera Línea de Defensa del MECI - ISO 9001:2015 y Metodología para la Administración del Riesgo de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el diseño de controles 2020 - versión 05.

Para el seguimiento de PAAC, la Guía “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Versión 2”, de la Presidencia de la República; y la Guía para la Administración de los Riesgos que unificó el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno.

DOCUMENTOS FUENTE

Mapa de riesgos y sus Formatos Actividades de Control Mapa de Riesgos, Registro de Materialización de Riesgo.
Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC 2022 versión 2

FECHA DE EJECUCIÓN

:

Del 1 al 14 de Septiembre de 2022

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

Rafael Cubillos Hoyos

AUDITOR CONTROL INTERNO

Gregorio Franco Cortes

PROCESO EVALUADO

Fueron evaluados todos los procesos en cuanto al mapa de riesgos de la institución.

2. OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este informe es evaluar la gestión de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital de la entidad y el cumplimiento del plan anticorrupción y de atención al ciudadano – PAAC versión 2 con corte al 31 de Agosto de 2022.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Se verificó el registro de la materialización de los riesgos, con corte a Agosto 31 de 2022, del segundo cuatrimestre, reportado por los diferentes procesos con el mapa de riesgos de la entidad.

- Se verificó la adecuación y pertinencia de los controles y acciones de control de los riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad digital en cada proceso.

- La verificación de los controles se realizó con base en los registros que los responsables de los procesos aportaron como evidencia de cumplimiento.

- Se realizó seguimiento al cumplimiento de las actividades por procesos registradas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC 2022, con corte a 31 de agosto de 2022.

3.1 Seguimiento a la Gestión de los Riesgos de Procesos del periodo Mayo a Septiembre de 2022.

Los procesos no presentaron, ni reportaron materialización de riesgos en los formatos de seguimiento de actividades de control, de acuerdo a la Metodología para la administración del riesgo de gestión,corrupción y seguridad digital y el diseño de controles 2020 - versión 05. Los resultados del seguimiento se tienen como soporte del presente informe.

4. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La Política de Administración del Riesgo para la Red de Salud Ladera ESE, fue construida conforme a la Metodología para Administración de Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el diseño de Controles, y posteriormente ser socializada y aprobada en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y Comité de Gestión y Desempeño Institucional, lo que implica un compromiso institucional con la identificación, análisis y valoración de los riesgos que pueden afectar la gestión de los procesos del Sistema Integrado de Gestión - SIG, con miras a controlar sus efectos sobre el cumplimiento de la misión, a través de las acciones implementadas.

El objetivo de la Política está alineado con los objetivos del Plan Estratégico, toda vez que se establece el compromiso de ejercer un control efectivo de los eventos de riesgo que puedan impedir el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales y de proceso a través del diagnóstico, identificación, análisis, valoración y administración del riesgo, orientado al mejoramiento continuo de los procesos gerenciales, misionales, de apoyo y de evaluación de la entidad. Igualmente se establece el alcance, responsabilidades, niveles de aceptación del riesgo y calificación de probabilidad e impacto; dando cumplimiento a lo establecido en la Metodología y al esquema de las tres (03) líneas de defensa definido en la dimensión 7 de control interno del modelo integrado de planeación y gestión MIPG, que actualizó el MECI.

5. MAPA DE RIESGOS

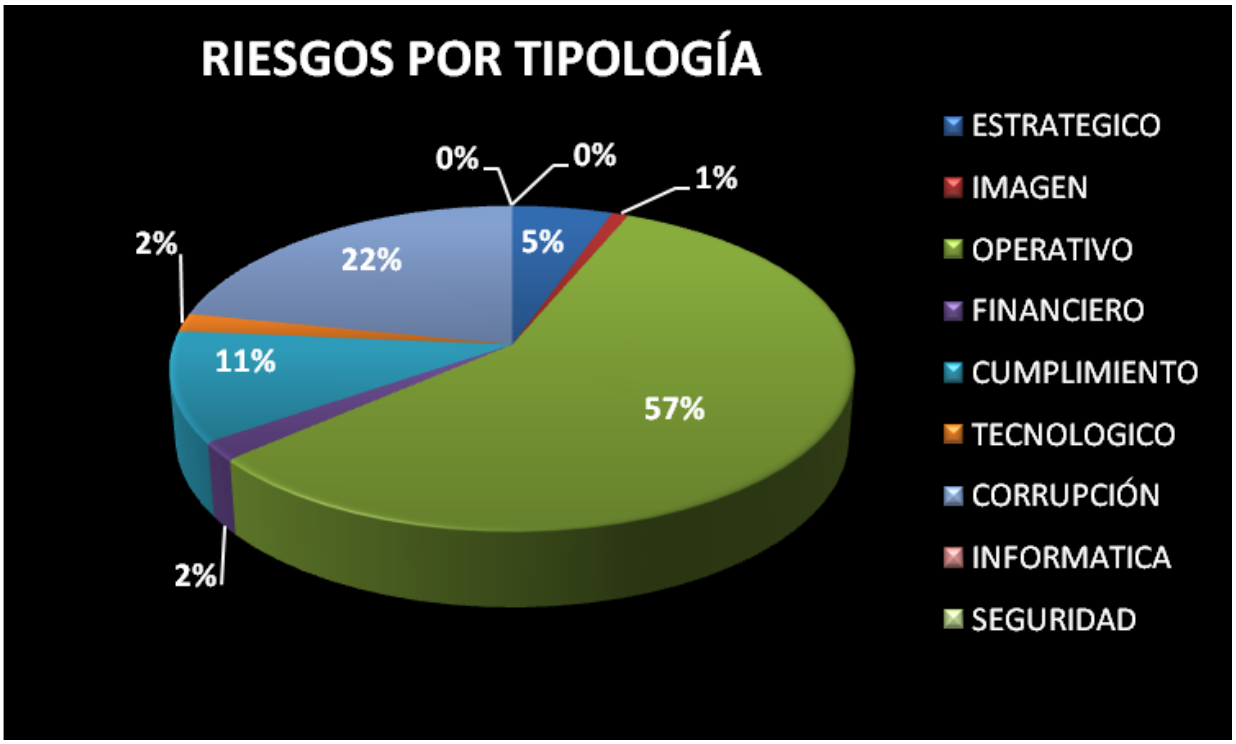
TABLA 1 - CONSOLIDADO DE RIESGOS POR PROCESO Y TIPOLOGÍA

Nos.	PROCESO	ESTRATEGICO	IMAGEN	OPERATIVO	FINANCIERO	CUMPLIMIENTO	TECNOLOGICO	CORRUPCIÓN	INFORMATICA	SEGURIDAD	TOTAL
1	Planeación.	2		1		2		2			7
2	Gestión Investigativa y Académica.	1									1
3	Calidad.			6		1					7
4	Consulta externa y consulta especializada.			4				2			6
5	Promoción y Mantenimiento de la Salud			5				2			7

6	Terapias Complementarias.			2							2
7	Apoyo Diagnostico.			6				2			8
8	Urgencias y Hospitalización.			8				2			10
9	Odontología.			7							7
10	Cirugía y Partos.			4				2			6
11	Farmacia.	3									3
12	Atención al Usuario y Participación Social.		1	1		1		1			4
13	Gestión Administrativa y Financiera.			3	1	1		5			10
14	Gestión Información.			2			3	2			7
15	Gestión Talento Humano.			2	1	1		2			6
16	Gestión Insumos y Suministros.			3							3
17	Gestión Ambiente Físico.			3							3
18	Gestión Ambiental.			1		2					3
19	Gestión Jurídica.			1		3		1			5

20	Control Interno.			2		1		1				4
21	Control Interno Disciplinario.											0
TOTAL		6	1	61	2	12	3	24	0	0		110

GRÁFICO CONSOLIDADO DE RIESGOS POR TIPOLOGÍA



De acuerdo con la gráfica, en el Mapa de Riesgos Institucional aprobado, se observa que el 57% corresponden a la tipología ***Operativo*** siendo esta la de mayor valor porcentual, seguido de ***Corrupción*** con el 22%, ***Cumplimiento*** con el 11%, ***Estratégico*** con el 5%, ***Tecnológico*** con el 2%, ***Financiero*** con el 2%, ***Imagen*** con el 1%, ***Informática*** con el 0% y ***Seguridad*** con el 0%.

RESULTADO DEL MONITOREO

Los procesos que conforman la entidad remitieron a la oficina de Control Interno, los formatos de monitoreo a los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital y, en la matriz siguiente se refleja la información reportada, así:

Proporción de Riegos por Proceso y Frecuencia de Materialización Mayo a Agosto de 2022

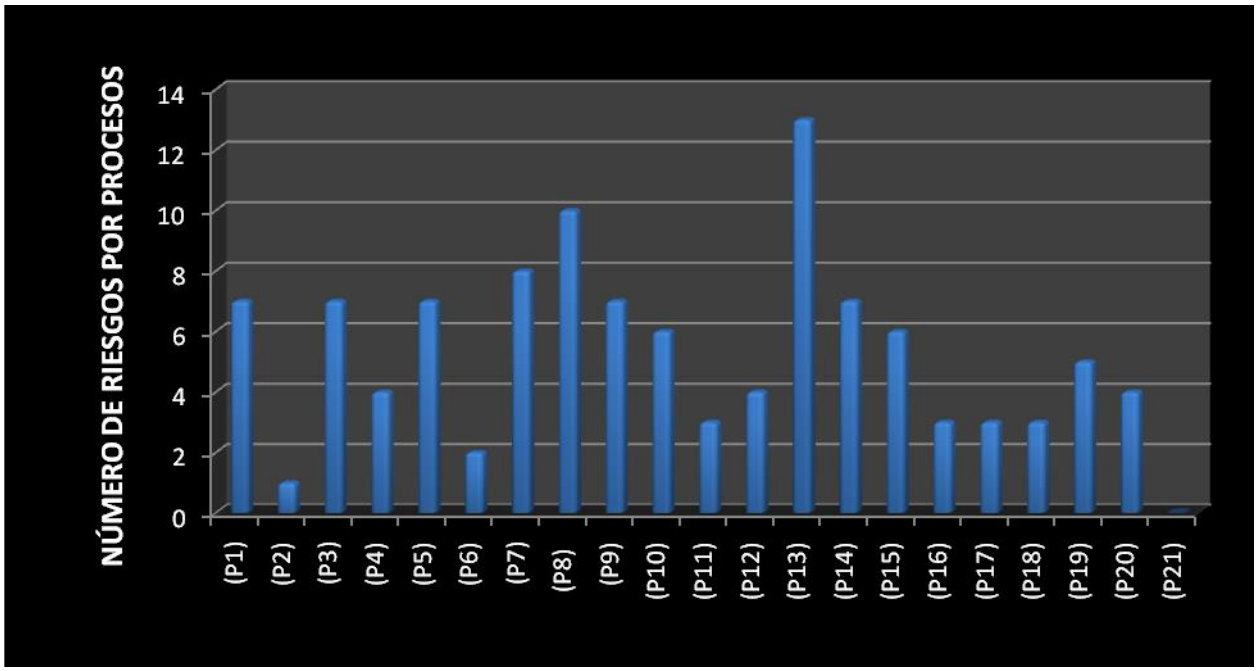
Nos.	PROCESO	TOTAL RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS	FRECUENCIA RIESGOS MATERIALIZADOS	PORCENTAJE
1	Planeación	7	0	0	6,36%
2	Gestión Investigativa y Académica	1	0	0	1%
3	Calidad	7	0	0	6,36%
4	Consulta externa y consulta especializada	4	0	0	3,63%
5	Promoción y Prevención	7	0	0	6,36%
6	Terapias Complementarias	2	0	0	2%
7	Apoyo Diagnostico	8	0	0	7,27%
8	Urgencias y Hospitalización	10	0	0	9%
9	Odontología	7	0	0	6,36%
10	Cirugía y Partos	6	0	0	5,45%
11	Farmacia	3	0	0	3%
12	Atención al Usuario y Participación Social	4	0	0	3,63%
13	Gestión Administrativa y Financiera	13	0	0	12%

VIGILADO Supersalud

Nos.	PROCESO	TOTAL RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS	FRECUENCIA RIESGOS MATERIALIZADOS	PORCENTAJE
14	Gestión Información	7	0	0	6,3%
15	Gestión Talento Humano	6	0	0	5,4%
16	Gestión Insumos y Suministros	3	0	0	3%
17	Gestión Ambiente Físico	3	0	0	3%
18	Gestión Ambiental	3	0	0	3%
19	Gestión Jurídica	5	0	0	4,5%
20	Control Interno	4	0	0	4%
21	Control Interno Disciplinario	0	0	0	0%
TOTAL		110	0	0	100%

Durante el periodo de Mayo a Agosto de 2022, no se presentaron, ni reportaron materialización de riesgos de gestión y su respectiva frecuencia por parte de los líderes de los veintiún (21) procesos definidos en el mapa de procesos del sistema de gestión de calidad de la entidad. Lo cual conlleva a que se establezcan seguimiento a las acciones de control al interior de cada uno de los procesos.

Gráfico de Agrupación de Procesos por mayor número de riesgos identificados.



Se evidenció que los procesos con la mayor probabilidad de materialización de riesgos respecto a la cantidad de riesgos que presentan son: Gestión Administrativa y Financiera con 13 riesgos, seguido de Urgencias y Hospitalización con 10 riesgos, Apoyo Diagnóstico con 8 riesgos, Planeación, Calidad, Promoción y Mantenimiento de la Salud, Urgencias y Hospitalización y Gestión de Información con 7 riesgos cada uno, Cirugía y Partos y Talento Humano con 6 riesgos cada uno, Gestión Jurídica con 5 riesgos, Consulta Externa y Especializada, Atención al Usuario y Participación Social y Control Interno con 4 riesgos cada uno, Farmacia, Insumos y Suministros, Ambiente Físico y Gestión Ambiental con 3 riesgos cada uno, Terapias Complementarias con 2 riesgos, Gestión Investigativa y Académica con 1 riesgo y finalizando con Control Interno Disciplinario con 0 riesgos.

Cuadro Consolidado Frecuencia de Materialización de Riesgos de Mayo a Septiembre de 2022

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
Planeación	Incumplimiento del Plan de Gestión y Plan de Desarrollo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Demora o no reporte de la información a los entes de control y entidades del sector	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de calidad del dato en los reportes enviados.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	No realizar actualización del direccionamiento estratégico cuando se requiera.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	No aprobación y viabilización de los proyectos de inversión radicados por la Red de Salud Ladera E.S.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Investigativa y Académica	Iniciar las rotaciones sin los soportes por parte de los estudiantes (pólizas, hojas de vida, documentos de EPS y ARL) que podrían generar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	sanciones de ley y afectar la seguridad paciente														
Calidad	No cumplimiento de los estándares de habilitación según RES. 2003 de 2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	No cumplimiento del cronograma de actividades del Sistema de Gestión de Calidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Documentación de los procesos del SGC faltantes o desactualizados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	No implementación de los planes de acción de los hallazgos identificados de las diferentes fuentes.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	No cumplimiento del programa de auditorías de Calidad.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Falta de adherencia del personal al programa de Seguridad del Paciente.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	No reporte de eventos adversos, incidentes y atenciones inseguras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Consulta externa y consulta especializada	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de adherencia a Guías de atención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incumplimiento en las metas de producción	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Promoción y Prevención	Inadecuada clasificación del riesgo del paciente.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	No realización de las actividades de acuerdo al riesgo identificad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	o.														
	No adherencia del personal asistencial a las guías y protocolos de manejo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Terapias Complementarias	Mala praxis en las intervenciones terapéuticas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de adherencia a los tratamientos terapéuticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Apoyo Diagnostico	No informar al paciente sobre las condiciones para la toma del examen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO CO-SC 7215-1

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Falta de información al paciente sobre la preparación para el examen de imagenología correspondiente.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Fallas en la identificación del paciente en el servicio de apoyo diagnostico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Error en la toma de muestra o imagen diagnóstica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Validación de resultados no concordantes con la clínica del paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Urgencias y Hospitalización	Fallas en la Clasificación del triage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de adherencia a Guías de atención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO CO-SC 7215-1

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Hospitalización no pertinente.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de adherencia a Guías de atención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Odontología	No se cuenta con insumos, equipos, instrumental o personal asistencial para la prestación del servicio.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Ausencia de Historia Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

VIGILADO Supersalud

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Historia clínica con diligenciamiento incompleto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Ingesta de flúor por parte de pacientes pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Caries recurrente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Deglución de dispositivos odontológicos por parte de los usuarios.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Contaminación cruzada , infecciones intrahospitalarias y o Infecciones nosocomiales en el servicio de odontología.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Cirugía y Partos	Paciente que no cumple con las condiciones para la realización de la cirugía.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de adherencia a Guías de atención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Farmacia	Recepción de medicamentos sin órdenes de compras, sin remisión y/o Factura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Inclusión de medicamentos que no cumplan con los requisitos legales, de seguridad, efectividad y costo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Recepción de medicamentos que no cuentan con registro INVIMA y averiados, o en mal estado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Atención al Usuario y Participación Socia	Inadecuado direccionamiento, ante los requerimientos que realicen los usuarios.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Trato inadecuada en la atención al usuario.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Gestión inoportuna de las quejas de los usuarios.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Administrativa y Financiera	Presentación Informes extemporáneos.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Presentar iliquidez financiera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	**0%**
	Deficiencia en el registro de hechos económicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falsificación de documentos, suplantación de claves y Perdida de dinero.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Ejecutar presupuestalmente los gastos por encima del recaudo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Información	Caída del sistema de información.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Daños en los equipos de cómputo (Monitor, mouse, teclado, impresora, CPU)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Ataque de Virus o hacker	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Perdida de información	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	No adelantar la identificación, análisis y evaluación de la seguridad y privacidad de la información.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Talento Humano	No ejecución del plan de Bienestar Social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Imposibilidad de implementación y puesta a disposición del Plan Institucional de Capacitación PIC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Pago Conceptos de Nómina no Justificados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de oportunidad en la radicación y Gestión de cobro de las incapacidades ante las aseguradoras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
Gestión Insumos y Suministros	Incumplimiento en la ejecución del plan de compras.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Demora en la entrega de los pedidos a los servicios.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de oportunidad y confiabilidad en la generación de la información.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Ambiente Físico	Deterioro de los activos y la edificación afectando a terceros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incidente y/o eventos adversos en el uso de Tecnología.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Perdida o sustracción de elementos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Ambiental	Inadecuada disposición final de los residuos generados en la institución.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incumplimiento de la norma ambiental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Actividades del proceso de gestión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	ambiental														
Gestión Jurídica	Vencimiento de términos judiciales.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Perdida de documentos o expedientes.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incumplimiento contractual.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incumplimientos normativos.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Control Interno	Auditorias que no responden a la problemática de la entidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incumplimiento en los seguimientos de responsabilidad de la Oficina de Control Interno.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incumplimiento y mala presentación de los informes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Control Interno Disciplinario		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

Acumulado Materialización Riesgos de Gestión

Periodo Mayo a Agosto de 2022

Durante el presente periodo no se reportaron materialización de riesgos de gestión por parte de los veintiún (21) procesos definidos en el mapa de procesos del sistema de gestión de calidad de la entidad, sin embargo se recomienda realizar seguimiento periódico a las actividades ejecutadas en los procesos con el fin de identificar posibles eventos de riesgos que puedan afectar el desempeño de los mismos y realizar su respectivo registro de materialización para el manejo y tratamiento en plan de manejo de riesgos.

6. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS ANTICORRUPCIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2022.

En el seguimiento, se pudo corregir que las acciones definidas en el Plan de Tratamiento de Riesgos para controlar y mitigar su posible ocurrencia, se ha venido ejecutando según lo establecido, logrando con esto que no se hayan materializado las situaciones riesgosas que pueden afectar la gestión de los Procesos. Los controles van encaminados a evitar que se presenten situaciones adversas ya sea por acción u omisión en detrimento de la entidad y en beneficio de terceros, por lo anterior se debe monitorear permanentemente su “probabilidad” e “impacto” con el fin de realizar oportunamente los ajustes requeridos y minimizar al máximo su ocurrencia. En este periodo no se evidenció materialización de algún riesgo anticorrupción.

7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO - PAAC

Se verificó la elaboración y publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC vigencia 2022 de la Red de Salud Ladera E.S.E, según lo dispone la ley 1712 de 2014, artículo 9 literal g.

Para el seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano –PAAC, la oficina de control interno, se basó en los lineamientos dados por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, contenidos en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - versión 2”, el cual fue tenido en cuenta para la elaboración del PAAC – 2022.

El seguimiento de Mayo a Agosto de 2022, se realiza de acuerdo con la información suministrada por los procesos que lideran la ejecución del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, versión 2.

A continuación, se presenta el avance al 31 de Agosto de 2022 de los componentes que estructuran dicho plan y se realiza la validación por la Oficina de Control Interno.

Componente 1: Gestión de Riesgos de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción.

La Entidad cuenta con el Mapa de Riesgos Institucional, el cual se elaboró siguiendo los parámetros establecidos en la metodología prevista para ello, y las regulaciones vigentes; con él se busca garantizar la eficacia de las acciones planteadas respecto a los riesgos de corrupción identificados, se establecieron las directrices para administrarlos y se determinaron las acciones de control necesarias para contrarrestarlas o mitigarlas.
Para este componente la Oficina de Control interno tuvo en cuenta todas las actividades que hacen referencia al componente, así como el seguimiento y monitoreo del mapa de riesgos que realizan.

Componente 2: Racionalización de trámites.

Corresponde a los Procesos de comunicaciones, Informática, atencional usuario y participación social los cuales deben garantizar que se preste un servicio ágil y oportuno para el tratamiento de los requerimientos ciudadanos. En la actualidad se cuenta con 9 trámites aprobados por la función pública.

Componente 3: Rendición de Cuentas

Este componente se encuentra identificado en el documento elaborado por la entidad, se realizo el proceso de rendición de cuentas a la comunidad conforme a los parametros definidos por la Superintencia Nacional de Salud, por lo que se recomienda por parte de esta oficina ajustar el plan e incluir en el componente en mención.

Conclusión
Si bien este componente está identificado en el documento en mención, la entidad realizó durante el segundo cuatrimestre del presente año, la rendición de cuentas de manera virtual en la que se llevo a cabo conforme a los lineamientos dado por la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se realizó el día 19 de mayo de 2022. Desde las instalaciones de la entidad para toda la comunidad y diferentes partes interesadas.

Componente 4: Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano

Este componente la entidad cuenta con una oficina de atención al usuario y participación ciudadana, que articula todas sus actividades con las diferentes asociaciones y ligas de usuarios conformadas en la Red de Salud de Ladera. Se llevo a cabo el proceso de gestión y

seguimiento a las peticiones, quejas y reclamos de forma trimestral del primer y segundo trimestre de 2022 por parte de la oficina de atención al ciudadano de la Red Ladera.

Componente 5: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información

Este componente se encuentra contemplado en el documento elaborado por la entidad, por lo que se recomienda por parte de esta oficina ajustar el plan e incluir en el componente en mención. Se realizo la actualización de la pagina web de la entidad conforme a los lineamientos dados por el Ministerio de las Tecnologías y las Comunicaciones TICS según resolución 1519 de 2020 y sus anexos respectivos para dar cumplimiento a lo definido en la Ley 1712 de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Componente 6: Iniciativas Adicionales

Este componente no se encuentra contemplado en el documento elaborado por la entidad, por lo que se recomienda por parte de esta oficina ajustar el plan e incluir en el componente en mención.

CONCEPTO OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA:

Una vez analizados los diferentes criterios establecidos en la política anticorrupción de la entidad, según lo establecido en la Ley 1474 de 2011, la entidad cumple con las actividades determinadas para el segundo (II) cuatrimestre evaluado en lo definido en los diferentes componentes de la estrategia anticorrupción, obteniendo un cumplimiento del 75% ubicándose en la zona MEDIA - AMARILLO, en intervalo de 60 a 79%.

De 0 - 59%	**Rojo**	**Zona Baja**
De 60 a 79%	**Amarillo**	**Zona Media**
De 80 a 100%	**Verde**	**Zona Alta**

Fortalezas

Liderazgo de las oficinas de planeación y control interno, pues ha venido liderando un trabajo con todos los servidores públicos de manera directa, activa, participativa, donde cada uno de los líderes de los procesos ajustó los mapas de riesgos de sus respectivos procesos.

Promoción por parte de la Oficina de Control Interno, del principio del autocontrol, resaltando la importancia de que los procesos realicen sus respectivos seguimientos y

Evaluación a todas las actividades realizadas, de manera que puedan detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos se materialicen.

Recomendaciones

1. Continuar realizando monitoreo, seguimiento y evaluación a todas las actividades con el propósito de detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos se materialicen.

2. Se recomienda a los responsables de los procesos continuar aplicando un análisis de las causa raíz, así como de las acciones de control definidas para cada riesgo, con el fin de ajustarlos y evitar su recurrencia en la materialización del riesgo que puedan la ejecución de los procesos; de igual manera se realice seguimiento permanente y minucioso a las actividades de control y a los planes de mejoramiento suscritos por la materialización de los mismos.

3. Se recomienda realizar una revisión y actualización de los mapas de riesgos por parte de los responsables de cada uno de los procesos con el acompañamiento de las oficinas de planeación y control interno con el fin de identificar nuevos factores de riesgos y controles que permitan mitigar la exposición de los procesos y afectar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas por la entidad.

4. Se deben identificar en el mapa de riesgos de cada proceso, los riesgos de seguridad de la información y seguridad digital, que permitan evitar la exposición de este tipo de riesgos al interior de los procesos que puedan afectar el cumplimiento de las metas propuestas.

Conclusiones

La Red de Salud Ladera E.S.E. a través de los diferentes procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad y por medio de sus funcionarios y colaboradores, deben continuar fortaleciendo su política de riesgos de gestión,anticorrupción y seguridad digital con sus controles asociados, en aras de prevenir la materialización de los riesgos al interior de los procesos, con el fin de promover la mejora continua de su Sistema de Gestión.

Los riesgos de corrupción en la entidad están gestionados de acuerdo con las Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la Red de Salud Ladera E.S.E. según la matriz muestra que se encuentran en la zona media, lo que garantiza que se tienen definidos controles claros y efectivos que le apuntan a eliminar las

causas del riesgo y así mitigar su efecto en caso de materialización, se encuentran monitoreados y como soporte del monitoreo en los formatos Seguimiento Actividades de Control Mapa de Riesgos y Registro de Materialización de Riesgo, de acuerdo a la Metodología para la administración del riesgo de gestión, corrupción y seguridad digital y el diseño de controles 2020 – versión 05 según lo verificado en este seguimiento.

Por lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno considera de acuerdo con el seguimiento y la verificación realizada, en términos generales, que los mecanismos de control establecidos por la entidad, en el marco de los riesgos por procesos y riesgos de corrupción en la mayoría de sus gestiones, han sido adecuados para garantizar la eficacia del Sistema de Control Interno.

Atentamente,



RAFAEL CUBILLOS HOYOS
Jefe Oficina de Control Interno
Elaboró y Proyectó: RCH

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO CO-SC 7215-1