



SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS - 2018

Entidad:	E.S.E HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL
Vigencia:	2018
Objetivo:	Medir el grado de cumplimiento de las acciones y controles establecidas en el plan, para atenuar o minimizar la ocurrencia de los riesgos institucionales, como resultado de esta evaluación generar las recomendaciones respectivas para el mejoramiento y ajuste de este importante instrumento regulador de la administración de los riesgos
Fecha de Seguimiento:	DICIEMBRE DE 2018

PROCESO	RIESGO	CONTROL EXISTENTE	ACCIONES TOMAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	RESPONSABLE POR LINEAS DE MIPG	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES TERCER SEGUIMIENTO
						I	II	III	
G. DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Perdida de documentación de la hoja de vida	se cuenta con extintor dentro del área. Las hojas de vida se encuentran en estanterías adecuadas. Documentos debidamente foliados	Disponer de la información escaneada. Conservar la información en medio magnético	En relación al control y las acciones de mejora la institución esta tramitando la implementación de almacenamiento en la nube para el Cargue y seguridad de la información.	Primera Línea (Subgerente Administrativo)	0%	0%	0%	Es necesario trasladar este riesgo al mapa de riesgos de la vigencia 2019.
G. DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	No contar con personal idoneo para el cargo	Revisión de hojas de vida y solicitud certificación institución educativa	Solicitud certificación institución educativa para todo el personal independiente de su modo de contratación	Para la próxima evaluación cuatrimestral el área de talento humano realizará la verificación de los certificados y títulos de estudios.	Primera Línea (Subgerente Administrativo)	0%	29%	66%	Se debe continuar con esta actividad en la vigencia 2019 hasta cumplir con el 100% e incluir los funcionarios que van ingresando a laborar a la institución.
G. DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	pago sin cumplimiento de requisitos legales	Cheques con sello seco, sello húmedo, restrictivo, 2 firmas registradas ante el banco.	se implemento flujograma para el procedimiento contable	Se da cumplimiento a los puntos de control establecidos en el procedimiento	Primera Línea (Subgerente Administrativo)	100%	100%	100%	CUMPLIDA
G. DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Falsificación o pérdida de cheques	Confirmación por parte de la entidad bancaria	Dos firmas registradas con dos sellos húmedos	Están debidamente establecidos los controles y están operando en forma efectiva.	Primera Línea (Subgerente Administrativo)	100%	100%	100%	CUMPLIDA
G. DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Perdida en donaciones	Registros diarios de productos donados	Actualización de procedimiento de donaciones	Procedimiento actualizado con el código GDA-FIN-POE-005	Primera Línea (Subgerente Administrativo)	100%	100%	100%	CUMPLIDA
G. DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Perdida de los insumos o materiales del almacén	Inventarios programados trimestralmente	Establecer Políticas e implementar controles de ingreso al almacén	De acuerdo a lo determinado por el nivel directivo se realizaron dos inventarios en la vigencia de 2018.	Primera Línea (Subgerente Administrativo)	0%	50%	100%	CUMPLIDA
ATENCION ASISTENCIAL	caída de pacientes	Se cuenta con un programa de caídas, pisos antideslizantes en algunas áreas, barras en los baños	Análisis de caídas en comité de seguridad del paciente con intervención terapéutica. Adecuaciones físicas y de infraestructura	Se realiza reunión de comité de seguridad del paciente mensualmente y se realizan los respectivos análisis de acuerdo a los reportes presentados.	Primera Línea (Subgerente Administrativo)	33%	66%	100%	CUMPLIDA
ATENCION ASISTENCIAL	Incorrecta Administración de medicamentos	Se cuenta con kardex por paciente, tarjeta de medicamentos por paciente iníocelos	Educación continuada al personal asistencial implementación manejo de unidades	Se implemento en la vigencia de 2017 la unidad para el manejo de los medicamentos que se suministran a los Adultos Mayores en los diferentes salas	Segunda Línea (Referente Seguridad del Paciente y Enfermera)	100%	100%	100%	CUMPLIDA

PROCESO	RIESGO		CONTROL EXISTENTE		ACCIONES TOMAS		ACTIVIDADES CUMPLIDAS	RESPONSABLE POR LINEAS DE MIPG	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES TERCER SEGUIMIENTO
									I	II	III	
RESIDENCIA	Fuga de usuarios	Carnetización de usuarios	Cumplimiento de guía para prevención de fuga. Utilización de formato de control de permisos	Cumplimiento de guía para prevención de fuga. Utilización de formato de control de permisos	A la fecha se continúa con los controles establecidos para este riesgo.	Segunda Línea (Trabajo social y Pontoría)	100%	100%	100%	CUMPLIDA		
	Perdida de equipos	Codificación de activos	Asignación de activos a responsables	Asignación de activos a responsables	Falta por plaquetar algunos activos y hacer entrega de estos, por procesos y subprocesos	Segunda línea (Responsable del manejo de activos fijos)	50%	70%	70%	Se culminara en el mes de enero de la vigencia 2019 el plaqeteeo de los activos fijos y la entrega formalizada a cada funcionario		
GESTION APOYO LOG. Y REC. FIS.	Suspension de funcionamiento de servicios de apoyo	plan de mantenimiento preventivo y correctivo	Manual de mantenimiento preventivo y correctivo	Cumplimiento al plan de mantenimiento	Esta pendiente por elaborar e implementar el manual de mantenimiento.	Segunda línea (Responsable de mantenimiento)	0%	0%	0%	El manual esta en proceso de elaboración.		
	Ingreso de pacientes sin cumplimiento de los criterios establecidos por la institución	Procedimiento para ingreso a residencia	Procedimiento para ingreso a centro día	Evaluación de ingreso para todos los aspirantes adultos mayores	Se mantiene el protocolo de la evaluación progreso del área privada de la residencia y para los adultos mayores derivados por el centro de atención al adulto mayor, el ingreso se hace de forma inmediata teniendo en cuenta el requerimiento de protección la valoración para evidenciar el cumplimiento de los requisitos se hace inicialmente por parte del equipo psicossocial de la Secretaría de Bienestar Social y se refuerza por el área psicossocial del Hospital solamente en el caso de adultos mayores dependientes o que se encuentran en instituciones hospitalarias haciendo la valoración medica y social.	Segunda Línea (Trabajo social)	0%	100%	100%	CUMPLIDA		
GESTION INFORMACION Y COMUNICACIONES	no cumplimiento estrategia GEL	Elaboración del plan y asignación responsable de la información	Implementación del plan para el cumplimiento de la estrategia GEL	Implementación del plan para el cumplimiento de la estrategia GEL	Esta elaborado el plan de Estrategia Gel y a partir del segundo informe cuatrimestral se hará seguimiento de evaluación a las actividades determinadas en este.	Segunda Línea (Gestión de la información)	0%	100%	100%	CUMPLIDA		
	Incumplimiento de las normas y tiempos de presentación de informes y seguimientos a los planes de mejoramiento.	Evaluaciones y Seguimientos internos y externos	1. Formulación y ejecución de los planes de mejoramiento 2. Cumplimiento a la circular de rendición de informes órganos de control	1. Formulación y ejecución de los planes de mejoramiento 2. Cumplimiento a la circular de rendición de informes órganos de control	En relación a los ítems número 1 y 2 de las acciones tomadas de este riesgo, la oficina de control interno hará las actividades de evaluación y seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas de los planes de mejoramiento y hará seguimiento a los informes rendidos a los órganos de control y a los instrumentos que se deben publicar en la página web, de estas actividades de aseguramiento. Control interno rendirá informes al nivel gerencial y al comité de Control Interno y MIPG.	Tercera Línea (Funcionarios de la oficina de control interno y los líderes de procesos auditados)	60%	30%	100%	CUMPLIDA		
CONTROL INTERNO	Omitir, ocultar o modificar información en las auditorías y evaluaciones	Se cuenta con el comité de coordinación de control interno y gestión de calidad y la asignación del directivo responsable del asesoramiento y acompañamiento de la oficina de control interno.	1. Cumplimiento del marco legal de control interno 2. Resolución de creación del comité de coordinación de control interno y gestión de calidad 3. Resolución de adopción del sistema MECI	En relación a los ítems 1, 2 y 3 planteados en este riesgo la oficina de control interno ajusto su marco legal al Decreto 1499 de 2017 y para tal fin proyectó la resolución 155 de diciembre 22 de 2017 de constitución del comité y por tal motivo la oficina de planeación documento la adopción del sistema MIPG y la constitución del comité mediante la resolución 156 de diciembre 22 de 2017.	Línea Estratégica y Tercera Línea (Funcionarios de la oficina de control interno, Representante Directivo Comité de Control Interno y líderes responsables de las auditorías)	100%	100%	100%	CUMPLIDA			
	PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO											
							50%	73%	84%			