

Entidad:	E.S..E HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL
Vigencia:	2019
Objetivo:	Medir el grado de cumplimiento de las acciones y controles establecidas en el Mapa de Riesgos, 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:	SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2019

PROCESO	RIESGO	CONTROL EXISTENTE	ACCIONES TOMAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	RESPONSABLE POR LINEAS DE MIGP	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
						I	II	III	
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		Primera Línea (Subgerente Administrativo y Financiero)	0%	0%	0%	Esta actividad no se realizó ya que se cuenta con los documentos de los funcionarios en el aplicativo del Ministerio de Salud (Pasivocol) y en el SIGEP.
DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	No contar con personal idoneo para el cargo profesional	Revisión de hojas de vida y solicitud certificación institución educativa	Solicitud certificación institución educativa para todo el personal independiente de su modo de contratación	Hasta abril de 2019 se realizó la verificación de títulos de 28 funcionarios.	Primera Línea (Subgerente Administrativo y financiero)	22%	22%	22%	A la fecha del seguimiento no se ha avanzado en la verificación de los títulos ante las instituciones educativas, del personal de planta y contratistas.
COOPERACION	Débil control en la administración de las donaciones	Registros diarios de productos donados	Actualización de procedimiento de donaciones		Primera Línea (Subgerente Administrativo y financiero)	0%	0%	0%	A la fecha no se han realizado los ajustes al procedimiento
DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Riesgo por hurto	Elaboración del plan y asignación responsable de la información	Implementación del plan para el cumplimiento de la estrategia GEL	Se cumplió con las actividades programadas en el plan de trabajo en un 87%.	Primera Línea (Subgerente Administrativo)	40%	75%	87%	Quedo pendiente el mantenimiento a los equipos de computo durante la vigencia.
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 realizaron las reuniones de comité de seguridad del paciente, donde se realizó el análisis de los eventos adversos y el análisis de los incidentes tanto de las áreas de residencia como de hospitalización. Además se han realizado capacitaciones al personal asistencial sobre el tema.	Segunda Línea (Referente Seguridad del Paciente y Enfermera).	70%	100%	100%	

PROCESO	RIESGO	CONTROL EXISTENTE	ACCIONES TOMAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	RESPONSABLE POR LINEAS DE MIPG	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
						I	II	III	
ATENCIÓN AL USUARIO	Fuga de usuarios	Carnetización de usuarios	Cumplimiento de guía para prevención de fuga. Utilización de formato de control de permisos	Se tienen establecidos los siguientes controles para minimizar el riesgo: 1. se estableció el formato de control RCD-F-005-04 para control de registro de entrada y salida de los residentes. 2. En el caso de un suceso se activa el protocolo establecido para tal fin y se registra en la historia clínica del adulto mayor. 3. Para este año se creó el grupo de aseguramiento de la información y reporte para este caso en específico, donde se envían las fotos y los nombres de los adultos mayores que ingresan por primera vez. 4. Para minimizar este riesgo se va a establecer el reporte como evento adverso por seguridad del paciente.	Segunda Línea (Trabajo social y Portería)	100%	100%	100%	
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Pérdida de equipos	Codificación de activos	Asignación de activos a responsables		Primera Línea (Subgerente Administrativo y Financiero)	0%	0%	0%	Aunque se ha actualizado el inventario de activos fijos a la fecha no se ha realizado la entrega formal con asignación de los activos a cada uno de los funcionarios, documentada y debidamente archivada en las hojas de vida y en las carpetas de los contratistas.
AMBIENTE FÍSICO	Colapso de las canales de aguas lluvias	Limpieza de los canales	Limpieza de los canales	Se realizó limpieza de las canales del área de Hospitalización, San José, San Camilo, Terapia Ocupacional, Lavandería y los consultorios médicos.		0%	50%	90%	Aun continúa pendiente la limpieza y mantenimiento de las canales del área de pensión y villa de la sabiduría, esta actividad se realizará en la vigencia de 2020.
AMBIENTE FÍSICO	Colapso del alcantarillado por disposición final de grasas y depósitos	Limpieza de la trampa de grasa	Limpieza de la trampa de grasa	Se realiza periódicamente (dos veces por semana) la limpieza de las trampas de grasa, a la trampa de grasa del área del comedor se le realizaron ajustes para mejorar el funcionamiento de esta.	Primera Línea (Subgerente Administrativo y Financiero)	100%	100%	100%	
INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	El sistema de información de la institución no contempla todas las actividades que se desarrollan con el adulto mayor, salud y albergue.	Se cuenta con el software R-FAST que atiende una parte de los servicios prestados por la institución	Contratar un software integral que cubra todos los servicios que presta la institución		Segunda Línea (Líder de Información y comunicación)	0%	0%	0%	No se logró implementar el software que incluya los servicios de albergue, puesto que el software no contaba con módulo de facturación, productividad e historias clínicas, pero en el software actual, se van a integrar los módulos: presupuesto, facturación, farmacia, inventarios, contabilidad, historia clínica, albergue y nómina para la vigencia 2020.
CONTROL INTERNO	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	Se cumplió con el seguimiento a los planes de mejoramiento de la Contraloría General y se realizó seguimiento a la rendición de informes a los órganos de control.	Tercera Línea (Funcionarios de la oficina de control interno y los líderes de procesos auditados)	100%	100%	100%	
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	La oficina de control interno realizó un análisis al marco del funcionamiento del sistema de control interno de la institución, para lo cual se pudo confrontar con lo estipulado en la resolución 155 de diciembre 22 de 2017 y se pudo concluir que esta resolución está incluido lo requerido por MECI, por lo tanto esta actividad queda cerrada.	Línea Estratégica y Tercera Línea (Funcionarios de la oficina de control interno, Representante Directivo Comité de Control Internos)	66%	100%	100%	
PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO						42%	54%	58%	


ALVARO PLAZA VARGAS
 Jefe de Control Interno