

HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE – Florencia - Caquetá		
INFORME DE EFECTIVIDAD A LOS CONTROLES DE LOS RIESGOS		
Jefe de Control Interno:	ELSA EDID CALDERON CHAUX	Periodo Evaluado: Enero – Junio 2020
		Fecha de elaboración: 04 de julio 2020

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Componente de Administración del Riesgo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y al Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2020, la oficina de Control Interno, en desarrollo a las responsabilidades asignadas para la tercera línea de defensa dentro de la estructura del MECI relacionada con “Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad”, debe realizar la revisión de los controles establecidos para el tratamiento del riesgo, con el fin de asegurar que las acciones establecidas, se están llevando a cabo y evaluar la eficacia de su implementación.

Tomando como referencia lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas expedida por la Función Pública, las acciones adelantadas se refieren a:

- Determinar la efectividad de los controles.
- Mejorar la valoración de los riesgos.
- Mejorar los controles.
- Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción.
- Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
- Revisar las acciones del monitoreo.

En virtud de lo anterior, se revisó la información registrada en el Módulo de Riesgos del aplicativo Daruma, correspondiente a la vigencia enero – junio de 2020, evidenciando que los líderes de procesos han identificado 56 riesgos, a los cuales le han asignado 88 tareas sobre los controles establecidos, presentando un cumplimiento del 79.5% con corte a 30 de junio de 2020, que se refleja a continuación:

Nº	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO IDENTIFICADO	TAREAS SOBRE CONTROLES	SEGUIMIENTO A TAREAS SOBRE CONTROLES
1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Seguimiento inadecuado a los planes operativos que no permite evaluar el cumplimiento de las políticas corporativas y los objetivos institucionales.	1	100%
2	MEJORAMIENTO CONTINUO	Las acciones de mejora formuladas no generen impacto	4	75%
		Inadecuada medición y análisis de indicadores.		
		Manipulación de la revisión de desempeño de Sistema Integrado de Gestión para sesgar la toma de decisiones.		

Nº	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO IDENTIFICADO	TAREAS SOBRE CONTROLES	SEGUIMIENTO A TAREAS SOBRE CONTROLES
3	SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO	No oportunidad en el proceso de atención al usuario y respuesta a los trámites de PQRS	3	0%
		Posibilidad de Tráfico de influencias (amiguismo, persona influyente).		
4	GESTION HOSPITALARIA	Que el plan terapéutico no mejore la condición del paciente.	8	50%
		Infección asociada al cuidado de la salud.		
		Inoportunidad en la atención		
		Apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización.		
5	GESTION DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA	Error en la clasificación del Triage	13	76.9%
		Muerte materna y fetal.		
		Infección asociada al cuidado de la salud.		
		Inoportunidad de respuesta a interconsulta.		
		Apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización.		
6	GESTION QUIRURGICA	Cancelación de cirugías programadas.	4	100%
		Inoportunidad en la atención		
		Apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización.		
7	GESTION ASISTENCIA AMBULATORIA	Cancelación de consulta y procedimientos por causa institucional.	4	100%
		Inasistencia		
		No utilización adecuada de las horas especialista contratadas para la consulta especializada		
8	LABORATORIO CLINICO	Que la muestra para el laboratorio no cumpla con los requisitos técnicos y administrativos para su procesamiento	7	100%
		Que los controles de calidad internos del laboratorio no detecten la desviación o sean mal interpretados		
		Errores en las pruebas de eficiencia (calidad externa), sea en el reporte o en la interpretación.		
9	BANCO DE SANGRE	Que la cantidad de donantes no supla las necesidades de sangre y hemocomponentes requeridas.	6	100%
		Pérdida de recursos por inadecuada gestión de inventarios de insumos y reactivos		
10	SERVICIO TRANSFUSIONAL	Que la disponibilidad de hemocomponentes en los bancos de sangre proveedores de la ESE no cubran las necesidades de la institución.	6	100%
		Pérdida de recursos por inadecuada gestión de inventarios de insumos y reactivos.		
11	IMAGENOLOGIA	Generar resultados equivocados.	2	100%

Nº	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO IDENTIFICADO	TAREAS SOBRE CONTROLES	SEGUIMIENTO A TAREAS SOBRE CONTROLES
12	SERVICIO FARMACEUTICO	Dispensar un medicamento equivocado a un servicio.	7	71.4%
		Que los medicamentos requeridos por los servicios no estén disponibles en farmacia		
		Vencimiento de productos farmacéuticos		
		Pérdida de medicamentos, reactivos y/o insumos.		
13	CENTRAL DE ESTERILIZACION	Que se entregue material que haya perdido su esterilidad o no cuenta con las evidencias de que pasó por un proceso de esterilización.	2	100%
		Posibilidad de Apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización.		
14	TALENTO HUMANO	Que los controles establecidos en el SGSST no sean efectivos frente a los riesgos	5	40%
		Uso inadecuado o no uso de los elementos de protección personal		
		Vincular personal que no tiene todas las competencias para el cargo.		
		Realizar pagos en nómina no justificados o valores a los cuales no se tiene derecho		
15	RECURSOS FISICOS	Que los proveedores seleccionados no cumplan las obligaciones contractuales.	2	100%
		Inadecuado manejo de los residuos hospitalarios que lleven a accidentes laborales o contaminación del medio ambiente.		
		Deterioro de la planta física de la institución.		
16	GESTION FINANCIERA	Posible Detrimento patrimonial por objeciones realizadas por las E.R.P por causas administrativas	3	100%
		Desconocimiento de la matriz de contratación institucional por parte del personal de facturación.		
		Que las ERP glosen las facturas.		
		Que en la conciliación no queden registradas todas las glosas o queden con errores		
		No facturación de servicios prestados por intereses particulares y no cobro de copagos.		
17	TECNOLOGIA E INFORMACION	Que se acceda a información no autorizada a través de los software institucionales.	4	75%
		Perdida de información por virus informáticos.		
		Manipulación o adulteración del sistema de información del hospital		
18	GESTION JURIDICA	Que el hospital no cuente con los insumos necesarios (registros, soportes, testimonios, etc.) para una adecuada representación extrajudicial, judicial o administrativa.	4	75%
		Que los términos del proceso de contratación de personal no se cumplan.		
		Dilatación de los procesos		

Nº	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO IDENTIFICADO	TAREAS SOBRE CONTROLES	SEGUIMIENTO A TAREAS SOBRE CONTROLES
19	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Incumplimiento de términos en las distintas etapas procesales.	2	100%
		Dilatación de procesos disciplinarios		
20	GESTION DE CONTROL INTERNO	Que el método que escoja para auditar no sea apropiado al proceso que se va a evaluar.	1	100%

Fuente: Módulo de Riesgos aplicativo Daruma – junio 30 de 2020.

Siguiendo los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y con el propósito entre otros, de identificar desviaciones y verificar que los controles están diseñados e implementados de manera efectiva y operen para controlar los riesgos, se solicitó a la oficina de Calidad mediante correo electrónico del 10 de junio de 2020 y se reiteró la solicitud mediante memorando 023 del 24 de junio de 2020 el informe de monitoreo a los riesgos, por ser el proceso que lidera la Administración del Riesgo en la entidad, sin obtener hasta la fecha de cierre del presente informe respuesta alguna.

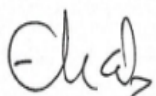
La acción anterior, no permitió a la oficina de Control Interno realizar un seguimiento de forma razonable, basado en la evidencia y determinar las acciones de monitoreo realizadas que permitieran verificar la efectividad de los controles, así como formular las recomendaciones para el fortalecimiento de los mismos.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que según los registros en el Módulo de riesgos del aplicativo Daruma, solo 12 líderes de procesos han cumplido el 100% de las tareas asignadas a los controles, se recomienda continuar con el seguimiento y acompañamiento permanente a los líderes para que culminen estas acciones.

Así mismo desde el rol de enfoque hacia la prevención, evaluación y seguimiento asignado a las oficinas de Control Interno a través del Decreto 648 de 2017, es pertinente que se atiendan los requerimientos y recomendaciones de la Oficina de Control Interno y se informe sobre su cumplimiento, toda vez que éstas se orientan a la optimización del Sistema de Control Interno de la entidad y cumplimiento de la implementación y mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por la entidad según requerimiento del Decreto 1499 de 2017 y adoptado por la entidad mediante Resolución N° 0147 del 13 de marzo de 2018.

Cordialmente,



ELSA EDID CALDERON CHAUX
Asesora Control Interno