 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 1 de 20		

Duitama, diciembre 30 de 2021

Doctora
CATHERINE VAN ARCKEN MARTINEZ
Gerente
E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA

Asunto: Informe de Seguimiento a Riesgos de Corrupción Vigencia 2021

Respetada Doctora:


La E.S.E. Salud del Tundama, Implementó dentro del el Proceso de Direccionamiento Estratégico en la vigencia 2021 actualización a la Resolución 462 de abril 18 de 2018, Política de gestión de riesgos. Versión 1.0, Mediante la Resolución 125 de febrero de 2021, estableciendo los lineamientos para la gestión de riesgos que comprende los siguientes objetivos: Gestionar los riesgos administrativos a fin de prevenir y reducir los riesgos NO deseados sobre la estrategia de la organización; Gestionar los riesgos de los procesos misionales a fin de prevenir y reducir los riesgos NO deseados sobre la estrategia de la organización; Gestionar los riesgos que afecten la seguridad del paciente en los procesos asistenciales orientados a la prevención de actos inseguros en el proceso de atención y Gestionar los riesgos clínicos de acuerdo con el estado de salud de nuestros pacientes evitando complicaciones futuras.

Así mismo, la entidad a través del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2021, definió el Componente #1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción, el cual permite a la Entidad identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción, tanto internos como externos, estableciendo las acciones y medidas orientadas a controlarlos.

Igualmente, la entidad cuenta con la herramienta SGI- Almera, a través del Módulo de Riesgos incluido en el aplicativo, para identificar, valorar, evaluar y administrar los riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad digital, administrada por la Oficina de calidad, quien identifica los requerimientos funcionales, revisa periódicamente su adecuado funcionamiento, cargue de información adecuada implementación del procedimiento de identificación del Riesgo Código: EGMCP08-110, de Fecha 2021-10-22 y Versión Vigente: 9.0

Por ello, y teniendo en cuenta que la Oficina de Control Interno debe adelantar seguimiento a los Riesgos de Corrupción, analizando las causas, revisando los riesgos y la efectividad de los controles incorporados en el Mapa de Riesgos de Institucional de la presente vigencia; a continuación, se presenta el Informe de Seguimiento a los Riesgos de Corrupción identificados en la entidad en el Mapa de Riesgos Institucional de 2021, tomando como referentes los parámetros establecidos y vigentes a la fecha de elaboración del presente informe:

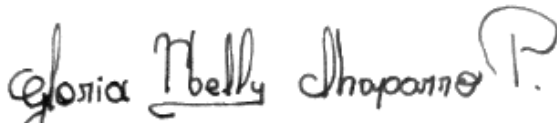
- ✓ Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital. Versión 5, diciembre 2020, emitida por la Secretaría de Transparencia - Presidencia de la República; Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 2 de 20		

- ✓ Política de Administración del Riesgo en la E.S.E. Salud del Tundama, Resolución 125 de 25 de febrero de 2021.


Por lo anterior, La Oficina Asesora de control interno dando cumplimiento a la funciones encomendadas por la ley 87 de 1993, y en cumplimiento del rol que le asiste de evaluación y seguimiento con el fin de garantizar los principios de transparencia, eficacia, celeridad, publicidad en las actuaciones administrativas de la entidad y en atención de las disposiciones legales vigentes sobre la materia, realizó el seguimiento a riesgos de corrupción de la E.S.E. Salud del Tundama, vigencia 2021.

Cordialmente,



GLORIA NELLY CHAPARRO PINEDA
Jefe Control Interno


Proyectó: Gloria Chaparro

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 3 de 20		

SEGUIMIENTO A RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN LA E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA VIGENCIA 2021

GLORIA NELLY CHAPARRO PIENDA
Jefe Oficina Control Interno

Duitama (Boyacá)
noviembre, 2021

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 4 de 20		

1. OBJETIVO

El presente informe tiene como objetivo dar 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 la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad. Directriz acogida en el procedimiento documentado por la E.S.E. salud del Tundama GESTIÓN DEL RIESGO, identificado con código EGMCp08-110 de fecha 2021-10-22 y versión 9; también existe el documento PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIEGO “TUNDAMITO PREVENTIVO: PREVENIR ES NO ARRIESGAR”, con código de documento EGMCpg05-110, de fecha 2021-11-08, versión 1.0 y Resolución de Gerencia No. 1459 de fecha 15 de diciembre de 2021 mediante la cual se deroga la Resolución No. 125 de 25 de febrero de 2021 y se actualiza la política Institucional de Gestión del Riesgo.

Por norma Nacional la Oficina Asesora de Control Interno debe realizar seguimiento a los riesgos de gestión de procesos y de seguridad digital por lo menos una vez al año, cuyo informe debe ser publicado durante el mes siguiente al período evaluado en la Página WEB.

2. ALCANCE

Seguimiento al mapa de Riesgos Institucional basado en los informes presentados en comité Institucional de Gestión y Desempeño y en el Comité de Seguridad del paciente de periodicidad mensual.

3. PROCESOS INVOLUCRADOS

Líder de Gestión del Riesgo, Gestión de Planeación Organizacional y Gestión de Evaluación y Control.

4. SOPORTE LEGAL

Ley 87 de 1993: Establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1083 de 2015: Único reglamentario de la Función Pública

Decreto 648 de 2017: Actualiza el régimen de ingreso, administración de personal, situaciones administrativas y retiro de los empleados públicos y regula la organización de las Oficinas de Control Interno, su rol y actualiza lo relativo al Comité de Coordinación de Control Interno.

Decreto 1499 de 2017: Reglamenta el alcance del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno.

Política de Administración de Riesgos Institucionales resolución 1459 de 15 de diciembre de 2021.


Procedimiento Gestión del Riesgo. Versión 9.0, identificado con código EGMCp08-110, de fecha 2021-10-22.

Programa de gestión del riesgo “TUNDAMITO PREVENTIVO: PREVENIR ES NO ARRIESGAR”, identificado con código: EGMCpg05-110, de fecha 2021-11-08, versión 1.0

Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 4 de octubre de 2018 y versión 5, de diciembre de 2020.

Modelo COSO 2013, COSO ERM 2017 (Marco Integrado para la Administración de Riesgos Empresariales (ERM)).

Modelo de las Tres Líneas de Defensa Norma ISO 31000 Gestión del Riesgo.

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 5 de 20		

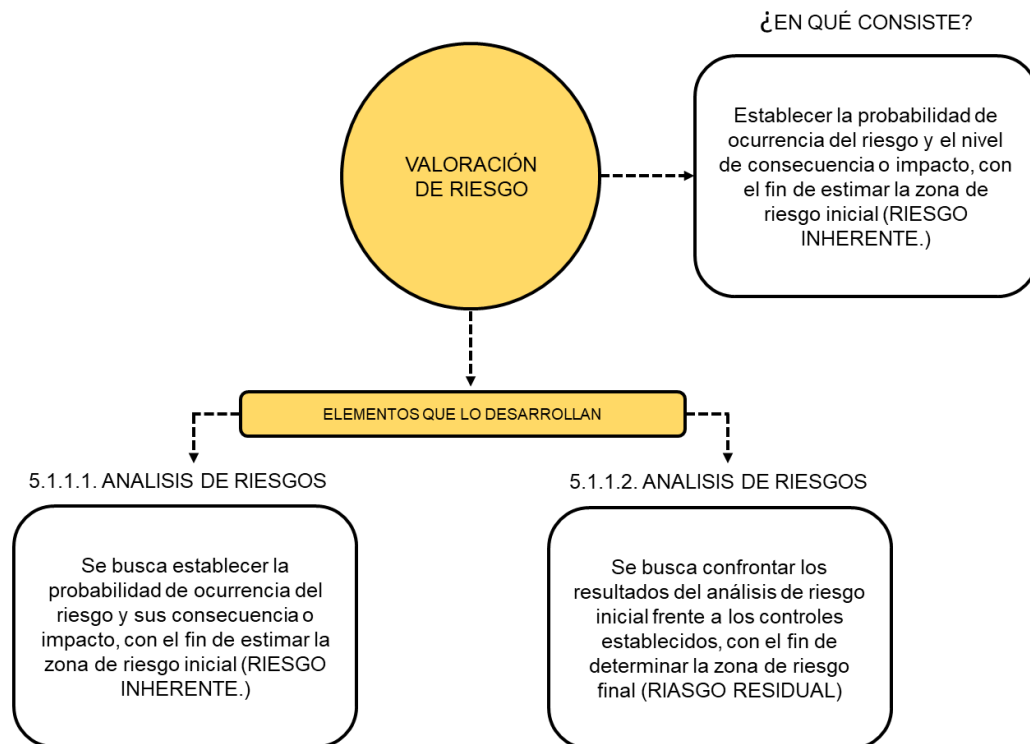
5. DESARROLLO

5.1. ACTIVIDADES A REALIZAR

5.1.1. Valoración del Riesgo.

Para la Valoración del riesgo y de acuerdo a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 5 de 2020, se tiene la siguiente estructura:

Estructura para el desarrollo de la valoración del riesgo:



Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2018.


5.1.1.1. Análisis de riesgos

Esta actividad busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto.

Para determinar la matriz de riesgos de la Entidad se utilizan dos métodos: para el sistema de la matriz de riesgos Administrativos se utiliza el método AMFE, y para los sistemas Asistenciales y Clínicos se utiliza el método ISO 31000.

5.1.1.1.1. Determinar la probabilidad:

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 6 de 20		

Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo.

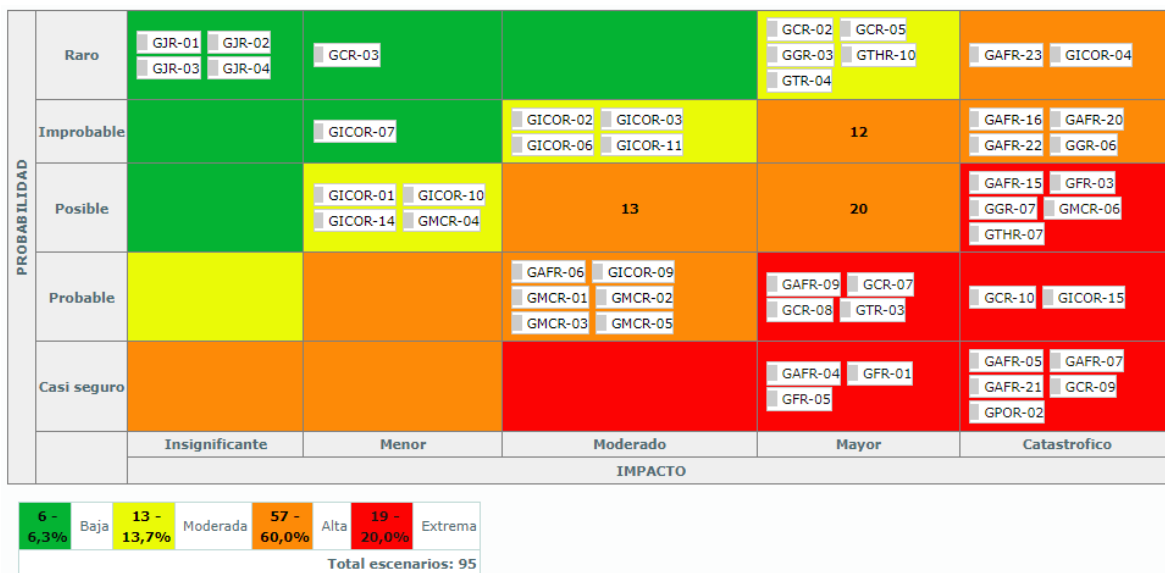
Para efectos de este análisis, la probabilidad de ocurrencia estará asociada a la exposición al riesgo (zona del riesgo) del proceso o actividad que se esté analizando. De este modo, la probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo analizado.

Consultado nuestra matriz del riesgo Institucional, esta se compone por tres (03) sistemas:

1. Matriz de Riesgos Administrativos 2021
2. Matriz de Riesgos Asistenciales 2021
3. Matriz de Riesgos Clínico 2021

5.1.1.1.1. Matriz de Riesgos Administrativos 2021

Cómo se indicó anteriormente el método utilizado para identificar esta matriz de Riesgos Administrativos 2021 es DOFA, esta matriz NO tiene riesgos Residuales; contiene 95 riesgos Absolutos con sus respectivos controles. A continuación, se presenta la imagen del comportamiento del estado de la matriz de riesgo administrativos todos clasificados como absoluto del proceso antes de aplicar controles:




Es de aclarar que la matriz de riesgo absoluto presenta el estado del proceso antes de aplicar controles y La matriz de riesgo residual presenta el estado del proceso después de aplicar controles.

Para efectos de este análisis, en cuanto a la probabilidad de ocurrencia estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que para el caso puntual de los riesgos administrativos se evidencia que:

El 12% de los riesgos está en probabilidad raro, el 23% de los riesgos en probabilidad Improbable, el 42% de los riesgos en probabilidad Posible, el 12% de los riesgos en probabilidad Probable y el 9% de los riesgos en probabilidad Casi Seguro.

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 7 de 20		

Bajo este esquema, la subjetividad que usualmente afecta este tipo de análisis se elimina, ya que se puede determinar con claridad la frecuencia con la que se lleva a cabo una actividad, en vez de considerar los posibles eventos que pudiesen haberse dado en el pasado, ya que, bajo esta óptica, si nunca se han presentado eventos, todos los riesgos tendrán la tendencia a quedar ubicados en niveles bajos.

Como referente, a continuación, se muestra una tabla con los criterios para definir el nivel de probabilidad de la matriz de riesgos en cada uno de los sistemas de riesgo para identificar la gestión de la E.S.E. Salud del Tundama, bajo las cuales se definen las escalas de probabilidad:

Tabla Criterios para definir el nivel de probabilidad


	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Raro	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximo 2 veces por año	20%
Improbable	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Posible	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Probable	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Casi seguro	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

5.1.1.1.2. Matriz de Riesgos Asistenciales 2021

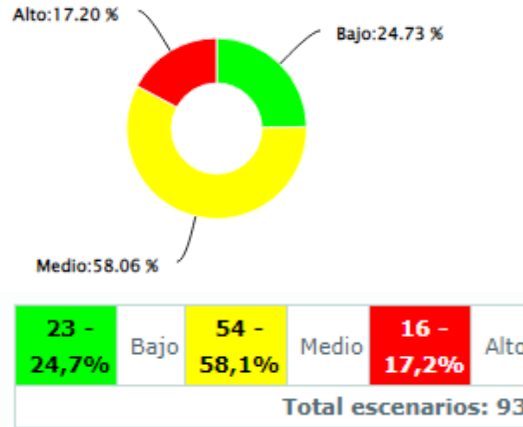
La matriz de riesgos del sistema Asistenciales se ha desarrollado bajo la metodología ISO 31000, esta contiene 93 riesgos absolutos

Luego de definir y consignar los riesgos, se valora en qué escala se determinarán y cuáles serán las actividades de control que se ejecutarán para identificar el impacto que puede causar. En la E.S.E. Salud del Tundama, el impacto se identifica con variables como: Alto, Medio, Bajo.

Este mapa de riesgos prioriza los riesgos, los clasifica en una escala de uno a cinco, siendo cinco el más alto y uno el más bajo, identifica el área encargada y cuál es el plan de acción que deben poner en práctica.

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
	TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	FECHA DE APROBACION	02/02/2017
		Pág. 8 de 20	

ANÁLISIS DE FALLO	Alto	16
	Medio	54
	Bajo	23
		93
		RIESGOS A CALCULAR



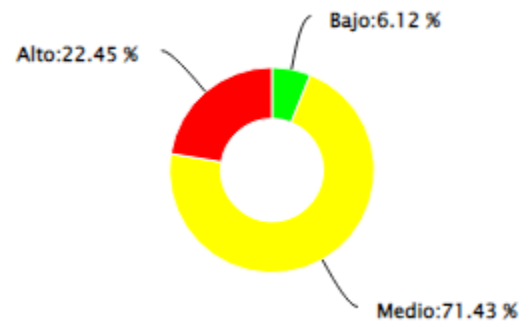
5.1.1.1.3. Matriz de Riesgos Clínico 2021

La matriz de riesgos del sistema Clínico se ha desarrollado bajo la metodología ISO 31000, esta contiene 49 riesgos absolutos


Luego de definir y consignar los riesgos, se valora en qué escala se determinarán y cuáles serán las actividades de control que se ejecutarán para identificar el impacto que puede causar. En la E.S.E. Salud del Tundama, el impacto se identifica con variables como: Alto, Medio, Bajo.

Este mapa de riesgos prioriza los riesgos, los clasifica en una escala de uno a cinco, siendo cinco el más alto y uno el más bajo, identifica el área encargada y cuál es el plan de acción que deben poner en práctica.

ANÁLISIS DE FALLO	Alto	11
	Medio	35
	Bajo	3
		49
		RIESGOS A CALCULAR



La

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 9 de 20		

Se debe señalar que el criterio experto, es decir el conocimiento y experticia del líder del proceso, se utiliza para definir aspectos como: número de veces que se ejecuta la actividad, cadena de valor del proceso, factores generadores y para la definición de los controles.

Aplicando las tablas de probabilidad e impacto en la E.S.E. Salud del Tundama tenemos:

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces y máximo 5000 veces por año	80%


	Afectación Económica	Reputacional
Insignificante 20%	Afectación menor a 10 SMLMV .	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor 40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y usuarios de información internos y externos en general.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

5.1.1.2. Evaluación del Riesgo

Esta evaluación de riesgo que efectúa la Ofician Asesora de Control Interno, involucra los siguientes aspectos entre otros:

- ✓ Correcto diligenciamiento de los diferentes campos del mapa de riesgos del proceso.
- ✓ Ajustes en el análisis o valoración de los riesgos identificados, producto del seguimiento y calificación a los controles establecidos, y los cambios presentados en cuanto a la probabilidad e impacto.
- ✓ Verificación de la ejecución de la Política de Administración de Riesgos Institucionales resolución 1459 de 15 de diciembre de 2021; Procedimiento Gestión del Riesgo. Versión 9.0, identificado con código EGMCp08-110, de fecha 2021-10-22; Programa de gestión del riesgo "TUNDAMITO PREVENTIVO: PREVENIR ES NO ARRIESGAR", identificado con código: EGMCpg05-110, de fecha 2021-11-08, versión 1.0 y Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 4 de octubre de 2018 y versión 5, de diciembre de 2020.
- ✓ Verificar que los controles definidos para tratar los riesgos existen, funcionan y son suficientes. Verificar la operatividad –ejecución- de los controles identificados en el mapa de riesgos.
- ✓ Validar la operatividad –ejecución- de las acciones de tratamiento de riesgos definidas.

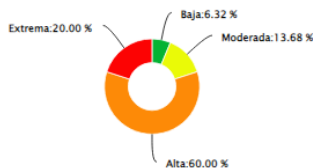
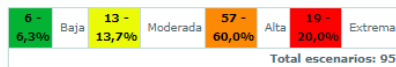
Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 10 de 20		

- ✓ Verificar que el tratamiento de los riesgos es adecuado y efectivo.
- ✓ Verificar la implementación de la Política de Administración de Riesgos.
- ✓ Verificar las evidencias de la revisión del mapa de riesgos del proceso.
- ✓ Verificar que los responsables de los riesgos adelanten acciones para la identificación de riesgos y se revisen periódicamente.
- ✓ Verificar la aplicación acciones frente a los controles o de contingencia, y su análisis frente a la valoración efectuada.


De acuerdo a la combinación entre probabilidades e impactos, se define que los 3 sistemas de riesgo tendrían los siguientes resultados:

PROBABILIDAD	Raro	GJR-01 GJR-02 GJR-03 GJR-04	GCR-03	GCR-02 GCR-05 GGR-03 GTHR-10 GTR-04	GAFR-23 GICOR-04	
	Improbable		GICOR-07	GICOR-02 GICOR-03 GICOR-06 GICOR-11	12 GAFR-16 GAFR-20 GAFR-22 GGR-06	
	Posible		GICOR-01 GICOR-10 GICOR-14 GMCR-04	13	20 GAFR-15 GFR-03 GGR-07 GMCR-06 GTHR-07	
	Probable			GAFR-06 GICOR-09 GMCR-01 GMCR-02 GMCR-03 GMCR-05	GAFR-09 GCR-07 GCR-08 GTR-03 GCR-10 GICOR-15	
	Casi seguro				GAFR-04 GFR-01 GFR-05 GAFR-05 GAFR-07 GAFR-21 GCR-09 GPOR-02	
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrofico
		IMPACTO				



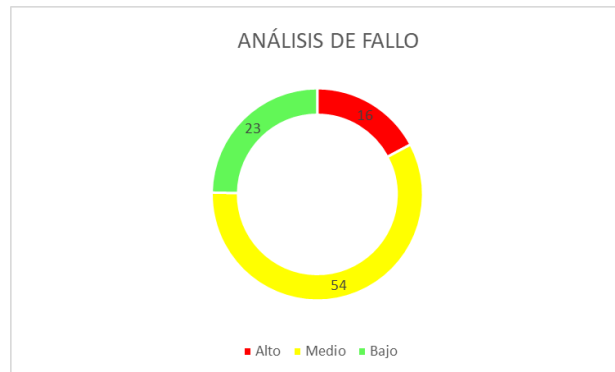
De acuerdo al análisis efectuado por la oficina Asesora de Control Interno comparando probabilidad e impacto en el sistema de la Matriz de Riesgos Administrativos 2021 se tendría la siguiente conclusión:

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrofico
Raro	4	1	5	0	2
Improbable	0	1	4	12	4
Posible	0	4	13	20	5
Probable	0	0	6	4	2
Casi Seguro	0	0	0	3	5
TOTALES	4	6	28	39	18

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 11 de 20		

En el Sistema de la Matriz de Riesgos Asistenciales 2021, la cual es diseñada bajo la metodología ISO 31000, me permito observar que en esta sólo se puede determinar el Impacto de acuerdo a su análisis de fallo; Es decir, su Comportamiento y los datos cargados en el Sistema de Gestión Integral – ALMERA es:

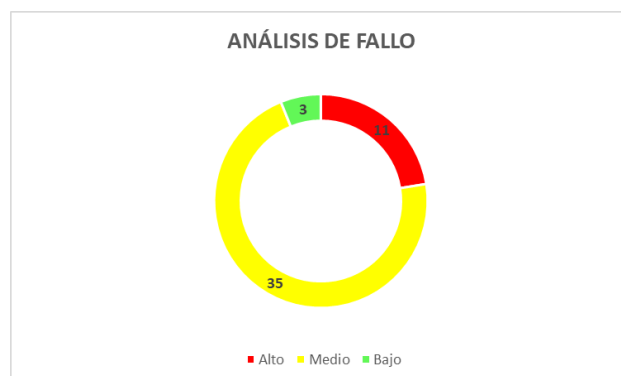
ANÁLISIS DE FALLO	Alto	16
	Medio	54
	Bajo	23
TOTAL ESCENARIOS A CALCULAR		93




23	Bajo	54	Medio	16	Alto
24.7%		58.1%		17.2%	
Total Escenarios					93

En el Sistema de la Matriz de Riesgos Clínico 2021, la cual es diseñada bajo la metodología ISO 31000, me permito observar que en esta sólo se puede determinar el Impacto de acuerdo a su análisis de fallo; Es decir, su Comportamiento y los datos cargados en el Sistema de Gestión Integral – ALMERA es:

ANÁLISIS	Alto	11
	Medio	35
	Bajo	3
TOTAL ESCENARIOS A CALCULAR		49



3	Bajo	35	Medio	11	Alto
6.1%		71.4%		22.4%	
Total Escenarios					49

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 12 de 20		

5.1.1.3. Gestión / Acciones del Seguimiento

Para el seguimiento y evaluación de la gestión de administración de riesgos con enfoque en gestión, se adelantaron las siguientes actividades:

- a) Identificación de la metodología documentada por la E.S.E. Salud del Tundama para la administración de los riesgos de gestión y Matriz de los sistemas de riesgos publicadas en la intranet institucional- Sistema de Gestión Integral - Almera. Se observó que, durante 2021 la versión del procedimiento Gestión del Riesgo fue modificada al igual que la política.
- b) Análisis de las metodologías precitadas.
- c) Consulta y análisis de otros documentos relacionados con el tema objeto de seguimiento. Entre otros: Socialización Matriz de Riesgos 2021 y Cronograma de seguimiento. Líder de Gestión de Riesgo. Ing. Esteban Mateus, Informe referenciación gestión de riesgo con la Entidad Instituto Roosevelt. Ing. Esteban Mateus N. Apoyo Mejoramiento Continuo, Informe plan de mejoramiento gestión de riesgo. Jefe Diego Armando Peña Becerra. Auditor Interno. Actas 2021 Nos. 04-05-06-07-09-10-11 y 12 de Comité Institucional de Gestión y desempeño.
- d) Revisión preliminar de cada uno de los Mapas de Riesgos caracterizados y publicados en el SIG – ALMERA, abril de 2021.
- e) Consolidación en una única base, de los datos contenidos en los mapas de riesgos por procesos.
- f) Consolidación en una única base, de las acciones para fortalecer las actividades de control según la solidez y acciones para fortalecer la gestión del riesgo u oportunidad según la valoración.
- g) Solicitud de información a los procesos.
- h) Consolidación de la información y elaboración de informe.

5.1.1.3.1. Política Administración de Riesgo

La Política de Administración de Riesgos de Gestión vigente en la E.S.E. Salud del Tundama fue implementada mediante resolución de Gerencia 14159 de fecha 15 de diciembre de 2021.


La Asesora de Control Interno solicitó que se modificara esta política en razón a que no Existía establecido la metodología para la evaluación del riesgo; Si bien existe un procedimiento la evaluación de riesgo debe estar contenido en la política.

Para poder observar el seguimiento, este se encuentra establecido en el procedimiento y en el PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO “TUNDAMITO PREVENTIVO: PREVENIR ES NO ARRIESGAR” y en el procedimiento GESTIÓN DEL RIESGO.

La revisión, aprobación y actualización de los cambios realizados sobre el documento Política de Gestión del Riesgo, se sustentan bajo la adopción de las premisas dadas por la Guía de Administración de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública versión 5 de diciembre de 202 y su Anexo 4 - Lineamientos para la Gestión del Riesgo de Seguridad Digital.

Los cambios realizados se basan en la necesidad de identificar los rangos y características de la evaluación; además de identificar responsables con roles.

Los cambios de la Política se resumen así:

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 13 de 20		

- Actualización de Objetivo y Alcance
- Identificación de los Niveles de aceptación del Riesgo
- Determinar los responsables de acuerdo a la línea de defensa, Responsable y Responsabilidad frente al riesgo.
- Se Incluyó los Niveles de probabilidad para la Matriz de Riesgos Administrativos
- Se incluyeron evitar y compartir el riesgo como opciones de tratamiento de los riesgos.

5.1.1.3.2. Contexto Estratégico

De acuerdo con la Guía para la Administración Integral de riesgos en los procesos, el Contexto Estratégico se debe revisar por lo menos una vez al año, con el propósito de identificar posibles factores que permitan conocer la exposición a nuevos riesgos y se podrá definir a través de reuniones estratégicas y/o de planificación estratégica.

Por lo anterior esta directriz debe ser incluida en el programa o en el procedimiento de Gestión del riesgo: El Contexto Estratégico de la E.S.E. Salud del Tundama, deber ser revisado por lo menos una vez al año para realizar los ajustes correspondientes en caso de ser necesario.

Sin embargo se aclara que El Contexto Estratégico, de acuerdo con el documento denominado Plataforma Estratégica 2020-2023, fue revisado en mayo de 2020.

El citado documento describe la metodología aplicada para el rediseño de la plataforma estratégica y los resultados de la misma. La primera etapa fue justamente, Identificación de factores internos, determinando debilidades y fortalezas estos se identifican mediante Método, Mano de obra, Maquinaria, Moneda, Medio ambiente, Materia prima.


En consulta efectuada a los documentos PLAN DE GESTION Y PLAN DE DESARROLLO E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA 2020 – 2023, el Contexto Estratégico de fecha 2020, fue actualizado, a partir de la metodología FODA y siguiendo los siguientes pasos:

Debilidades, matriz DOFA, análisis de contexto:

CONTEXTO
DOFA
Debilidades
Mano de Obra
Rotación alta de personal lo que afecta los requisitos de indicadores de ruta crítica para acreditación
Perdida de conocimiento y adherencia por rotación
Insuficiencia de personal de planta, con énfasis en los misionales
Percepción de cultura punitiva y poco proactiva
Falta adherencia a prácticas seguras
No hay estrategias de empresa familiarmente responsable
Resistencia al cambio por parte del personal

Fuente: Taller análisis de contexto, E.S.E. Salud del Tundama, mayo 2020.

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 14 de 20		

Luego se realiza la priorización acorde a las perspectivas definidas o factores críticos de éxito

Tabla Variables de priorización, matriz DOFA, análisis de contexto:

CONTEXTO	Nivel de importancia para la organización	Cliente EPS Usuario y familia	Procesos	Financiero	CULTURA TH
DOFA					

Fuente: Taller análisis de contexto, E.S.E. Salud del Tundama, mayo 2020.

Para realizar la priorización se realiza con respecto a tablas:

Tabla Variables de priorización, matriz DOFA, análisis de contexto


NIVEL DE IMPORTANCIA DE LOS REQUISITOS PARA LA ORGANIZACIÓN		
Valoración	Clasificación	Descripción
5	Especial interés para la organización	Es pertinente para la organización dicho tema, tiene incidencia en la estabilidad y continuidad del negocio.
3	Moderado para la organización	El cumplimiento del requisito es importante, pero no es una prioridad en el corto plazo.
1	Poco interés para la organización	El cumplimiento del requisito es necesario, pero su ejecución es de largo plazo.
0	Sin interés para la organización	La organización no considera que sea necesario orientar su esfuerzo hacia ese requisito.

Fuente: Taller análisis de contexto, E.S.E. Salud del Tundama, mayo 2020

NIVEL DE IMPORTANCIA DE LOS REQUISITOS PARA LA ORGANIZACIÓN		
Valoración	Clasificación	Descripción
5	Especial interés para la organización	Es pertinente para la organización dicho tema, tiene incidencia en la estabilidad y continuidad del negocio.
3	Moderado para la organización	El cumplimiento del requisito es importante, pero no es una prioridad en el corto plazo.
1	Poco interés para la organización	El cumplimiento del requisito es necesario, pero su ejecución es de largo plazo.
0	Sin interés para la organización	La organización no considera que sea necesario orientar su esfuerzo hacia ese requisito.

Fuente: Taller análisis de contexto, E.S.E. Salud del Tundama, mayo 2020

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 15 de 20		

Se califica el nivel de importancia de los factores identificados en el DOFA

Tabla Nivel de importancia, matriz DOFA, análisis de contexto:

RELACIÓN ENTRE DOFA Y PROPÓSITOS	
ALTO	3
MEDIO	2
BAJO	1

Fuente: Taller análisis de contexto, E.S.E. Salud del Tundama, mayo 2020

Se califica el nivel de importancia de los factores identificados en el DOFA en comparación con los factores críticos identificados


Se toman los factores priorizados con una ponderación superior a 275 y con esto se establecen los objetivos estratégicos.

Sin embargo, por elecciones Atípicas de Alcalde en la Ciudad de Duitama este contexto hay que actualizarlo una vez se apruebe el ajuste al Plan de Desarrollo Municipal.

De acuerdo a Informe que reposa en Acta No. 07 de 23 de julio de 2021 el Jefe Diego Armando Peña Becerra. Auditor Interno manifiesta:

“...Teniendo en cuenta la referenciación que se realizó con el Instituto Roosevelt y acorde al compromiso adquirido desde el comité de Gestión y Desempeño, se establece el Plan de Mejora para la Gestión del Riesgo, fortaleciendo tanto la política como la gestión del riesgo, es importante tener en cuenta que los riesgos están asociados tanto a los ejes como a los procesos, es por esto, que la idea es alinearlos; se revisa y se hacen ajustes al procedimiento de tal manera que este sea de fácil comprensión, de tal forma que se faciliten generar y plantear los riesgos. Además, se debe elaborar un indicador de Eficacia, de tal forma que se pueda medir de manera trimestral las actividades planeadas versus las acciones realizadas, esto, en términos de controles. Es por esto, que la idea es generar la Gestión del Riesgo no tanto como procedimiento sino como un Programa Institucional, es por esto, que se solicita generar una pieza publicitaria no sólo para poder explicar la metodología sino también generar una marca, un sello que caracterice la Gestión del Riesgo en la institución. La Dra. Catherine van Arcken, Gerente, interviene para comentar que con respecto a la visita por parte de ICONTEC, se pudo evidenciar que en Gestión del Riesgo se encontraron más falencias, además, recuerda que ya se había recomendado dejar en el orden del día en reunión de equipo primario realizar seguimiento a riesgos, además aclara que si se depende de Almera, pero esta es una herramienta, porque finalmente quien realiza el trabajo es cada uno; además, se detectó que muchos en el primer semestre realizaron la actividad por cumplir con un requisito exigido, pero, realmente no se está realizando gestión del riesgo, por tanto, no considera que se tenga un avance considerable, para llegar a ello debemos darle la importancia que realmente amerita, además, es un tema al cual hay que trabajarle fuertemente para la próxima visita de ICONTEC. El Jefe Diego aclara que la responsabilidad de gestionar los riesgos, aunque está como responsable el líder de cada proceso, en realidad es responsabilidad de todo el grupo de trabajo.

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 16 de 20		

Para Información de este Informe se aclara que el seguimiento a la Gestión de Riesgo es mensual en comité de Institucional de Gestión y Desempeño...”

La Oficina Asesora de Control Interno, encuentra y observa la necesidad de desarrollar actividades de enfoque lúdico y pedagógico para fortalecer la cultura en la gestión del riesgo y la apropiación de líneas de defensa, por lo que se sugiere sean temas a incluir en el Plan Institucional de capacitación para 2022.

5.1.1.3.3. Actualización de la documentación Gestión del riesgo.

En el procedimiento se incorporaron los siguientes cambios: Análisis de coherencia de los objetivos del proceso con el contexto estratégico institucional, aplicación de los criterios de priorización de los posibles escenarios de riesgo e inventario y caracterización de controles; a la vez es necesario que los seguimientos a la gestión del Riesgo concluyan con un Acta de cierre gestión del riesgo, que puede salir del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

De otra parte, en el procedimiento no se incluyeron las siguientes actividades:

a) Los indicadores:


- i. El Nivel de efectividad de los controles establecidos.
- ii. El Nivel de cumplimiento de las acciones de tratamiento. Deben ser reportados por vigencia a nivel de proceso y de la entidad.

b) Como resultado del análisis realizado se generarán los ajustes requeridos tanto en la metodología como en el desarrollo de las etapas establecidas a nivel de proceso y de la entidad.¹

Dichos elementos son necesario incluirlos en el Procedimiento de Gestión del riesgo, porque este documento no se hizo con un enfoque metodológico como sí lo exige la Guía de Administración del Riesgo de la Función Pública.

Dentro del seguimiento y evaluación practicados por la Oficina Asesora de Control Interno, presenta de manera consolidada, los resultados de la auditoría interna realizadas en año 2021, las cuales fueron practicadas a los tres sistemas de Riesgo trabajados por la E.S.E. Salud del Tundama. Específicamente, frente Acciones para abordar riesgos y oportunidades de acuerdo a la Guía de administración del Riesgo de la Función Pública versión 5, se presentaron los siguientes resultados:

¹ Actividades contenidas en el Guía para la administración integral de riesgos en los procesos, numerales 21 y 22.

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO		AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO		VERSION	1
			FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		Pág. 17 de 20		

PROCESO	NO CONFORMIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA DOCUMENTADAS
Gestión de Servicio al Ciudadano.	Se evidenció que los planes de mejora como fruto de los seguimientos a la Matriz de Riesgos de Corrupción 2021, No se han tenido avances.	El Componente de la Matriz de Riesgos de corrupción Atención al Ciudadano debe formular acciones de mejora orientadas a dar cumplimiento a lo establecido en la matriz para mitigar el riesgo y que no se toene repetitivo por falta de acciones.	Primer y Segundo seguimiento PAAC. Se identifican acciones enfocadas a cumplimiento de Actividades; Metay/o Producto.
Gestión del Talento Humano	En el proceso de GT H Gestión del Talento Humano, se evidenció que se encuentra identificado el riesgo "Los planes de mejora propuestos a partir de los resultados de la evaluación de cultura organizacional no responden a las necesidades del talento humano" calificandolo con una probabilidad POSIBLE y un Impacto MODERADO y con una Zona de Riesgo ALTA; sin embargo, los dos controles identificados NO son suficientes para evitar materializar el riesgo.	El Líder del Proceso de Gestión de Talento Humano debe formular acciones de mejora orientadas al cumplimiento de las políticas Institucionales y diseñar acciones que sean validadas como seguimiento de los controles que se implementaron en los riesgos de gestión del proceso.	En El Mapa de Riesgos 2021 el proceso formula 2 acciones validadas al control del riesgo; estas acciones se identifican acciones enfocadas a la oportunidad de mejora.
Gestión Jurídica	En el proceso de Gestión Jurídica se evidenció que se encuentra identificado el riesgo "Inadecuado seguimiento a los procesos de contratación", el cual se encuentra con un impacto insignificante", y con un control "Adelantar los procesos contractuales requeridos por la entidad, acorde con el estatuto de contratación y la normatividad vigente. Lo anterior permite a la oficina solicitar se reconsidere este riesgo y se reconsidere el control remitiendo a que la contratación se efectúe acorde a nuestro manual de contratación que si bien ya se ha identificado que necesita ajustes.	desde que al interior de la Entidad se pueden establecer dos personas diferentes para responder por los liderasgos de los procesos de Gestión de Contratación y Gestión Jurídica es necesario ajustar la matriz de riesgos de este proceso pues el riesgo que se está contemplado nace del proceso de Gestión de contratación.	Identificar el Riesgo en el Proceso de Gestión de Contratación y Ajuster el Manual de Contratación de acuerdo a hallazgos de la Contraloría Departamental y de Auditorías Internas.
Gestión Financiera	En El Proceso de Gestión Financiera se Identificó el riesgo "Disminución de la capacidad financiera para cubrir oportunamente con los compromisos y obligaciones adquiridas (Liquidez)", con una probabilidad Posible, y un Impacto MODERADO, y la zona de riesgo ALTA. Dentro de los controles planteados que son tres es necesario plantear estrategias para aumentar los ingresos.	La Oficina de Gestión Financiera, debe formular acciones de mejora orientadas a la entrega oportuna de estrategias en PRO de mitigar este riesgo	Identificar estrategias que mejoren la liquidez de la Empresa acorde a los lineamientos internos.


La Oficina Asesora de Control Interno, evidencia que, en algunos procesos, la identificación de riesgos, su revisión y actualización, se va alimentado en el transcurso de los periodos a evaluar sin una revisión minuciosa y ajustada a la realidad institucional.

A propósito de la emergencia por COVID 19, y en atención a las responsabilidades de la E.S.E. Salud del Tundama para hacerle frente a la crisis y dado el impacto que esta situación significa en la planeación de la organización y la gestión y operación de los procesos, la Oficina Asesora de Control Interno diseño sugiere que se hace necesario identificar los Escenarios de Riesgos de Gestión Emergencia Covid-19 en la matriz de riesgos Administrativos. El propósito es que los procesos determinen los escenarios que podrían conllevar a riesgos en su operación como parte de la atención a la emergencia del COVID-19 y en consecuencia caracterizar el o los riesgos de gestión.

5.1.1.4. Conclusiones Generales.

La Oficina de Control Interno para verificar qué tan fácil resulta evidenciar el cumplimiento de la política de gestión de riesgo, se remite a la metodología del riesgo, la cual se desarrollará solamente en el contexto estratégico a través de los riesgos estratégicos asociados a los objetivos estratégicos y soportados en el desarrollo de la plataforma estratégica.

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 18 de 20		

En la Intranet en actas de4l Comité de Gestión y Desempeño se encuentran ejecutivos informes mensuales de Gestión del riesgo con lo que se puedo evidenciar lo siguiente: i) Es necesario Informar la eficacia y efectividad de los controles. ii) Informar si de acuerdo a seguimientos es necesario ajustar la Matriz de riesgos iii) Ajustar el Enfoque de Gestión del Riesgo acorde a los ajustes a la Política de gestión del Riesgo.

Como la E.S.E. salud del Tundama tuvo que ajustar la Política de Gestión del Riesgo acorde a la Guía de la Función Pública Versión 5, resulta importante que su aplicación se haga explícita en la matriz de caracterización empleada por los líderes de los procesos para la medición de la probabilidad, impacto y Zona de riesgo en la que se encuentran clasificados los riesgos identificados, de tal forma que se vea la trazabilidad.

De esta manera, resulta viable resaltar y socializar los respectivos ajustes a la citada política.

Adicional, es importante que la Oficina Asesora de Planeación, estandarice los formatos de resúmenes ejecutivos, informes mensuales e informes anuales que los Líderes de los procesos deban presentar para evidenciar la gestión de riesgos.

Frente a los riesgos y oportunidades planteadas, es necesario que una vez la matriz de riesgos es socializada en comité Institucional de Gestión y Desempeño, esta también sea socializada por el Líder del Proceso de Gestión de Planeación Organizacional en Comité de Coordinación de Control Interno para que sea aprobada.


Se observa que en el diseño del mapa de riesgos es necesario incorporar: Análisis de coherencia de los objetivos del proceso con el contexto estratégico institucional, aplicación de los criterios de priorización de los posibles escenarios de riesgo e inventario y caracterización de controles. Elaborar Acta de cierre gestión del riesgo, por los responsables de acuerdo a cada una de las líneas de defensa y socializarlo en el último comité Institucional de Gestión y Desempeño.

De otra parte, es necesario que en el procedimiento se incluyan las siguientes actividades: Los indicadores: i) El Nivel de efectividad de los controles establecidos. ii) El Nivel de cumplimiento de las acciones de tratamiento, deben ser reportados por vigencia a nivel de proceso y de la entidad.

Como resultado de las Observaciones verbales al responsable del seguimiento de la Gestión del Riesgo se han generado los ajustes requeridos en la política; pero sin embargo si se ha ajustado la política es necesario ajustar el enfoque en general (Programa – Procedimiento).

El Proceso de Gestión de Planeación Organizacional, y de acuerdo a la Guía para la administración integral de riesgos en los procesos, adquiere responsabilidades acordes a la línea de defensa que le corresponde. No obstante, la Oficina Asesora de Control Interno sugiere que se valide su inclusión dentro del procedimiento en referencia. Dichas actividades forman parte del ciclo PHVA que deben estar registradas dentro del procedimiento, por cuanto forman parte del paso a paso del mismo. La guía, programa y Procedimiento deben contener un enfoque metodológico y pedagógico en el que se debe ilustrar entre otros: Cómo se hace un análisis de coherencia de los objetivos del proceso con el contexto estratégico institucional; qué es un escenario de riesgos y cómo se aplican los criterios; qué comprende el inventario y caracterización de controles y qué es un acta de cierre de gestión del riesgo.

A su vez, el reporte de los indicadores, su seguimiento, análisis y la generación de ajustes, cierran el ciclo de mejora del proceso, por lo que también deberían considerarse en el procedimiento. El ciclo PHVA permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 19 de 20		

gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia.

En el procedimiento de Gestión del Riesgo se hace necesarios ajustes acorde a la asociación de los ajustes de la política de Gestión del riesgo. El Proceso de Gestión de Planeación Organizacional debe informar que si se encuentra unificada la política con el procedimiento y el programa de gestión del riesgo. La Oficina Asesora de Control Interno, sugiere que el líder del Proceso de Gestión de Planeación organizacional sea el que en Comité Institucional de Gestión y Desempeño rinda los informes respectivos de seguimiento a la Gestión del Riesgo.

Se continúan observando que, dada la responsabilidad de la Alta Dirección, es necesario crear la unidad de riesgo Direccionamiento Estratégico y formular riesgos para temas que tienen una triple connotación, es decir, son estratégicos, misionales y transversales, como son: Política Pública, Asistencia Técnica y diseño de nuevas directrices administrativas. ii) En el proceso Gestión del Talento Humano, no se observó identificación de Riesgos Laborales y Pensiones.

Lo anterior evidencia inconsistencia en la primera y segunda línea de defensa. A la primera, le corresponde identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los procesos a su cargo y actualizarlos cuando se requiera. En tanto que la segunda línea es responsable de Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa que la primera línea de defensa identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles para que se generen acciones.

Se sugiere que de acuerdo a las competencias de la Segunda Línea el Líder del proceso de Gestión de Planeación Organizacional diseñe e implemente las estrategias respectivas para promover la identificación y gestión de los riesgos, de tal forma que se asegure, que los mismos responden a la integralidad de los objetivos de los procesos.


La Oficina Asesora de Control Interno realizó para el presente informe, una aproximación al cumplimiento de los niveles de autoridad y responsabilidad frente a la gestión de riesgos, planteados en la Guía Administración Integral de Riesgos en los Procesos mediante el esquema de Líneas de Defensa. Se constató, que, si bien es cierto, se demuestra gestión del riesgo, también se identifican oportunidades de mejora.

De acuerdo a la Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, es necesario que se tomen en cada una de las líneas de defensa las responsabilidades frente al riesgo.

Una de ellas, es la necesidad de fortalecer la apropiación de la cultura de la administración del riesgo y de la misma responsabilidad que se tiene frente al Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Se observa aún, que el tema sigue siendo distante para los líderes de los procesos, quienes siempre dejan en manos del Proceso de Gestión de Planeación Organizacional y la Oficina de Control Interno, en calidad de primera y segunda línea de defensa, respectivamente.

Dentro de este proceso de aprendizaje, también es importante que la segunda y tercera línea, asuman desde sus roles, las obligaciones que tienen a cargo de manera concluyente. Por ejemplo, es fundamental, que, para la asesoría y acompañamiento a los procesos, se cumpla inicialmente con una labor de conocimiento y entrenamiento del mismo asesor, en la metodología del riesgo. De esta manera, la responsabilidad que se tiene de orientar y ejercitar a los procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo, se haga de forma efectiva.

También, tener la convicción, que las metodologías no solo se deben adoptar y actualizar, sino verificar que se entiendan y apliquen de manera correcta. Si bien es cierto que los procesos tienen

 <p>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</p> <p>APOYO GESTION DE LA INFORMACIÓN</p>	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	AGFCNf03-190-060	
	PROCESO: CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION	1
		FECHA DE APROBACION	02/02/2017
TITULO: INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	Pág. 20 de 20		

autonomía, no es menos cierto que también deben acatar las directrices y lineamientos definidos por el nivel nacional y por la entidad, que como se sabe, son aprobadas por la alta dirección. Todos los procesos, dependencias e instancias al interior de la entidad, deben observarlas.

Se debe fortalecer en la segunda línea, las funciones relacionadas con: i) Evaluar para que los riesgos sean consistentes con la política de la entidad y sean monitoreados por la primera línea de defensa. ii) Asegurar el correcto funcionamiento de los controles que se aplican en la primera línea de defensa. iii) Supervisar en coordinación con los demás responsables de la segunda línea de defensa, para que la primera línea de defensa identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles para que se generen acciones. iv) Ejercer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento seguridad, calidad y otras similares.

A su vez, la segunda y tercera línea de defensa, deberían propiciar espacios de conocimiento y entrenamiento, en conjunto con los equipos de trabajo, cuando las metodologías sean actualizadas. De esta manera se consigue unificación de criterios a la hora de asesorar y evaluar, de tal forma que los procesos no continúen percibiendo que las Oficinas de Planeación y Control Interno, cumplen sus funciones de manera desarticulada y sin el debido conceso frente a las metodologías y su correcta aplicación.

Agradezco la atención a este informe,

Cordialmente,


GLORIA NELLY CHAPARRO PINEDA
Asesor Control Interno