



HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

INFORME SEGUNDO SEGUIMIENTO
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN LEY 1474 DEL 2011

MARTHA POLO MOTTA
ING. DIEGO INFANTE
Oficina de Control Interno

Santiago de Cali, septiembre 15 del 2020



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

INTRODUCCION

La implementación y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, se enfoca hacia la prevención de los riesgos que pueden vulnerar la gestión de la entidad, con los seguimientos por parte de los procesos una seguridad razonable sobre el diseño y efectividad de los controles.

Primera línea de defensa, esta línea está bajo la responsabilidad, principalmente, de los líderes de programas, procesos y proyectos y de sus equipos de trabajo el mantenimiento efectivo de controles internos, la ejecución de gestión de riesgos y controles en el día a día a través del "autocontrol"

Segunda línea de defensa, esta línea está bajo la responsabilidad, principalmente, de los Jefes de planeación o quienes hagan sus veces, coordinadores de equipos de trabajo, comités de riesgos, comité de contratación, áreas financieras, de TIC, entre otros que respondan de manera directa por el aseguramiento de la operación; su rol principal es asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces; así mismo, consolidar y analizar información sobre temas clave para la entidad, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos, todo lo anterior enmarcado en la "autogestión"

Y la evaluación y seguimiento de la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, A través de su rol de asesoría, orientación técnica y recomendaciones frente a la administración del riesgo en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION II CUATRIMESTRE 2020

En cumplimiento a la LEY 87/1993, A LA Ley 1474/2011 y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, presento el informe de seguimiento a Mapa de Riesgo de corrupción correspondiente al II cuatrimestre de 2020 de los controles establecidos en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

OBJETIVO

Realizar seguimiento y verificación a los controles propuestos en el mapa de riesgo de corrupción, de acuerdo a las normas legales vigentes.

ALCANCE

La Oficina de Control Interno, presenta este informe de seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2020, de acuerdo a las actividades realizadas por cada una de las áreas responsables

DESARROLLO DE LA AUDITORIA

La gestión de los riesgos institucionales, hacen referencia al trabajo realizado bajo el liderazgo del equipo directivo y todos los colaboradores de la entidad, y permite gestionar, evaluar e identificar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos.

A continuación, se relaciona los aspectos más relevantes de la evaluación de los procesos.

PROCESO DE HOSPITALIZACION

El riesgo "*fallas en el proceso de ayuda diagnostica*" el auto seguimiento reportado, indica

El laboratorio realiza seguimiento aleatorio a los procedimientos técnicos realizados por todos los colaboradores, con el fin de minimizar las acciones inseguras que puedan desencadenar un evento adverso o incidentes

Se implementa como estrategias realizar preguntas (video de toma de muestras) para que todos las puedan realizar, de esa manera identificamos cuales son las oportunidades de mejora que se deben implementar.

Se dejan cerca todos los procedimientos técnicos por si se presentan dudas puedan solucionarlos sin ningún inconveniente.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

PROCESO DE URGENCIAS

El riesgo "*Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comporta mental, religiosa)*" se estableció como actividad de control lo siguiente items

- Se envió a algunos médicos y enfermeras jefes al hospital psiquiátrico a un taller de manejo de paciente con alteración mental y de técnicas de inmovilización de este tipo de pacientes.
- Protocolos en actualización, Protocolo de paciente agitado.
- Se elaboró folleto con información para el manejo de paciente agresivo para el personal de salud.
- Se ha socializado el proceso de reporte de afectación a la misión médica y está en continua socialización e información por medios de comunicación.
- Por el servicio de referencia se hace reporte al crue.

GESTION DE CALIDAD

El riesgo "*incumplimiento de criterios documentales de habilitación*" el líder del proceso, describe las actividades adelantadas.

Teniendo en cuenta que 43 documentos de estos actualizados son de apoyo, 21 de direccionamiento y 32 misionales.

Quedando pendiente la actualización del procedimiento para elaborar documentos internos y externos y de la misma forma socializarlo.

GETION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

El riesgo "*información de costos parcial*" De acuerdo a las diferentes actividades desarrolladas durante la implementación del software de costos, el área sigue comprometida en poder llegar a un cumplimiento del 100%, ya que hasta el momento el proceso va en un avance del 80%.

Se debe Continuar con el coste de los procedimientos realizados en el hospital y Capacitación constante del personal asignado en actualizaciones de metodologías del costo.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

AMBIENTE FISICO

Los riesgos *"Incendios forestales, daño de la Planta Eléctrica, explosión de tanques y balas de gases medicinales, proliferación de felinos en la Institución"* en la ejecución de actividades encontramos.

Se actualizo el documento plan de emergencia, y por parte de la ARL POSITIVA se realizó la socialización durante los meses de julio y agosto de 2020.

Actualmente se está trabajando en la contratación para realizar mantenimientos preventivos a la planta eléctrica.

Proyecto para adecuación área de gases medicinales y protocolo para el manejo seguro de gases medicinales.

Se realizan acción de captura y proceso de esterilización de felinos, plan de mantenimiento y adecuación de la infraestructura de los cielos falsos.

GERENCIA DE LA INFORMACION

Los riesgos *"Incumplimiento de metas institucionales, Indisponibilidad del sistema, Desactualizado y bajo nivel de competencia frente a los avances tecnológicos, Re-procesos demora en el procesamiento de información y ausencia de efectividad, Daño en equipos (hardware, equipos de comunicación, estaciones de trabajo, servidores), Accesos no autorizados a los Sistemas de Información"*

El ingeniero encargado de la gestión y consolidación de los indicadores continua en el proceso de implementación, se afectó la fecha programada por la situación de contingencia que vive el país, y las labores en teletrabajo, pero el proceso continua con acciones de mejoramiento, se construyó un BSC o cuadro de mando que permite una consolidación y evaluación de las metas y se ha tenido la oportunidad con esa herramienta de evaluación y proponer acciones para contrarrestar el desvío negativo de los indicadores de producción producto de la pandemia de Covid-19.

El indicador de indisponibilidad bajo positivamente hasta llegar a 30 minutos, con referencia al primer trimestre, la distribución del recurso humano a teletrabajo y la adquisición de una ups de 10 kva para soportar el servicio UCI fortalece la disponibilidad 7x24, se ha garantizado la continuidad de la operación de TIC y estabilidad del sistema integrado de información.

Se continúa con proceso de capacitación virtual, en modelo integrado de planeación y gestión mipg se certifican 5 personas de grupo de TIC 3 de sistemas



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

y 2 de gestión documental se continúa por el líder del área proceso de formación en especialización en gerencia estratégica de tecnologías de información con el objetivo de replicar a toda la organización.

En el mes de Julio se realizan en cuentas de adherencia y manejo del sistema de información pendiente la aplicación de la pruebas de ofimática por la situación de teletrabajo.

Se adquiere en julio UPS de 10 kva para mejorar cobertura de energía regulada, se continúan en los procesos de mantenimiento a las ups instaladas y cambio de baterías e instalación debypas.

Y Se realiza proceso de depuración de usuarios activos se genera reporte con perfiles.

Los riesgos no citados anteriormente, están desarrollándose dentro de los tiempos establecidos y los controles diseñados, están siendo adecuados para prevenir o mitigar los riesgos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las áreas encargadas de la realización de las diversas actividades del mapa de Riesgos, realizar una revisión periódica de los compromisos asumidos por estas y así lograr un cumplimiento de las mismas, lo cual se traduce en la reducción de riesgos al interior de la institución y una mejor atención a la población.
- Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria derivada del COVID -19, es necesario fortalecer y ajustar las acciones tendientes al cumplimiento de la política de CERO CORRUPCION, así mismo cumplir con los lineamientos establecidos en la CIRCULAR CONJUNTA N° 100-008-2020, la cual contempla: "Elabore un mapa de riesgo de corrupción del procedimiento o proceso que está aplicando en toda la contratación de emergencia relacionada con la pandemia COVID 19. En este debe identificar los riesgos y establecer los controles necesarios para evitar su concreción".
- Cada coordinador y y/o líder responsable de riesgos, llevar registros si existe la materialización de los riesgos para establecer con mayor objetividad si los riesgos se están reduciendo o previniendo.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

- Continuar con la implementación de cada uno de los controles para mitigar los riesgos de corrupción existentes.
- Es necesario dar continuidad a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Definido por el Decreto 1499 de 2017. Como herramienta de gestión que permite el mejoramiento continuo de los diferentes procesos de la E.S.E. y que se articula con el Sistema de Control Interno.
- Empoderar a los diferentes líderes de los procesos, mediante la difusión permanente de estos.
- Finalmente se recomienda que periódicamente se realice una socialización del Mapa de Riesgos, con el fin de que el personal vinculado a la entidad conozca de primera mano que son estos instrumentos y cuál es su finalidad, además que esto redundara en un mejoramiento y construcción colectivo de los mismos, siendo importante que los líderes de los procesos involucren a sus equipo de trabajo en la socialización y actualización de estos instrumentos.

Martha Polo Motta

Oficina de Control Interno

Original firmado