

	PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA		Código: FEC0205002
	FORMATO ACTA		Versión: 04
			Página: 1 de 3

Reunión:	Comité de Coordinación de Control Interno (extraordinaria)	Acta N°	2
		Fecha:	06/06/2022
Responsable:	Gerencia	Hora inicio:	8:00 am
Lugar	Sala de juntas del hospital	Hora fin:	10:00 am

PARTICIPANTES			
Nombre	Cargo	Asistió	Causa
Dr Luis Carlos Mejía Quiceno	Gerente	X	
Dra Patricia Quintero Villada	Subdirectora Científica	X	
Dra Claudia Angarita Gómez	Subdirectora administrativa y financiera	X	
Cyntia Teresa Mogollón Jaimes	Asesora -calidad	X	
Ruby Esneda Marín López	Jefe de Control Interno	X	

ORDEN DEL DÍA	
1	Verificación de la asistencia
2	Socialización y aprobación del mapa de riesgos de corrupción
3	Proposiciones y varios

DESARROLLO DE LA REUNIÓN																													
1.	Se verifican los asistentes, teniendo quorum para deliberar y decidir.																												
2.	La asesora de calidad, quien hace las veces de planeación y ha venido coordinando con los líderes de los procesos en la elaboración del mapa de riesgos de la entidad, da a conocer la descripción de los diferentes riesgos que se pudieron identificar dentro del desarrollo de los procesos en la institución. Así:																												
	<table> <tr> <th>N°</th><th>Riesgo Identificado</th><th>Proceso responsable</th></tr> <tr> <td>1</td><td>Desconocimiento del usuario interno de los servicios ofrecidos por la institución.</td><td>Talento humano- comunicaciones</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Utilización inadecuada de canales y medios de comunicación de la institución.</td><td>comunicaciones</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Celebración de contratos sin el lleno de las formalidades establecidas en la ley y los reglamentos.</td><td>Jurídica</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Cobro para facilitar un tramite</td><td>Coordinación de áreas Ambulatorias.</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Alteración de los documentos de las hojas de vida</td><td>Talento humano</td></tr> <tr> <td>6</td><td>Incumplimiento de la normatividad relacionada con SST</td><td>Talento humano- lider SG-SST</td></tr> <tr> <td>7</td><td>Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica</td><td>Sistemas</td></tr> <tr> <td>8</td><td>Robo, alteración y/o pérdida de Información de la Entidad por robo informático</td><td>Sistemas</td></tr> </table>	N°	Riesgo Identificado	Proceso responsable	1	Desconocimiento del usuario interno de los servicios ofrecidos por la institución.	Talento humano- comunicaciones	2	Utilización inadecuada de canales y medios de comunicación de la institución.	comunicaciones	3	Celebración de contratos sin el lleno de las formalidades establecidas en la ley y los reglamentos.	Jurídica	4	Cobro para facilitar un tramite	Coordinación de áreas Ambulatorias.	5	Alteración de los documentos de las hojas de vida	Talento humano	6	Incumplimiento de la normatividad relacionada con SST	Talento humano- lider SG-SST	7	Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica	Sistemas	8	Robo, alteración y/o pérdida de Información de la Entidad por robo informático	Sistemas	
N°	Riesgo Identificado	Proceso responsable																											
1	Desconocimiento del usuario interno de los servicios ofrecidos por la institución.	Talento humano- comunicaciones																											
2	Utilización inadecuada de canales y medios de comunicación de la institución.	comunicaciones																											
3	Celebración de contratos sin el lleno de las formalidades establecidas en la ley y los reglamentos.	Jurídica																											
4	Cobro para facilitar un tramite	Coordinación de áreas Ambulatorias.																											
5	Alteración de los documentos de las hojas de vida	Talento humano																											
6	Incumplimiento de la normatividad relacionada con SST	Talento humano- lider SG-SST																											
7	Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica	Sistemas																											
8	Robo, alteración y/o pérdida de Información de la Entidad por robo informático	Sistemas																											

9	Errores en la información reportada	Calidad estadística
10	Modificación y/o alteración de la información financiera	Contadora
11	Inexactitud en la liquidación de impuestos	Contadora- revisor fiscal
12	Información económica que no refleja los estados financieros	Contadora- revisor fiscal
13	Robo de efectivo o cibernéticos	Control interno
14	No facturación de servicio o no cobro de copagos	Facturación
15	Favorecer la adquisición de proveedores específicos	Jefe de compras- control interno
16	Inadecuada clasificación de los residuos	Comité de gestión ambiental y asesor ambiental.
17	Falla en la planeación, mitigación y control de los impactos ambientales generados por la institución.	Comité de gestión ambiental y asesor ambiental.
18	Daños o pérdida de los aforos e informes a autoridades físicos y virtuales.	Comité de gestión ambiental y asesor ambiental.
19	Falta de información para gestionar los riesgos ambientales e incumplimiento normativo	
20	Falta de seguimiento oportuno a los planes de mejoramiento y reporte inadecuado de información.	

Acorde a la norma a estos se le debe hacer un monitoreo al avance por parte del area de planeación o quien haga las veces. Decreto 124 de 2016.

La jefe de control interno informa de la importancia de aprobar el mapa de riesgos de corrupción de la entidad, al cual se le debe hacer el seguimiento cada cuatro meses a los avances en los controles acorde a la normativa decreto 124 de 2016 articulo 2.1.4.8, decreto 648 de 2017, articulo 2.2.21.1.6, N° 6.

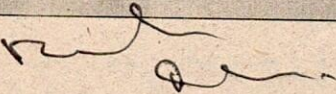
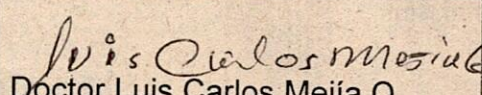
Después del análisis de algunos riesgos, se aprueba este mapa institucional por parte del comité.

3. No hubo proposiciones y varios

ACCIONES Y TAREAS

Descripción	Fecha	Responsable
Realizar los respectivos seguimientos a los controles que se llevan a cabo para evitar que se materialicen los riegos	Mayo, septiembre, enero.	Jefe de control interno

APROBACIÓN DEL ACTA

 Ruby Esneda Marín L.	 Doctor Luis Carlos Mejía Q.	Se adjunta el registro de asistencia. El Mapa de riesgos elaborado por calidad. 5 folios
Firma de quien Elaboró:	Firma del Gerente o Responsable	Fecha Próxima Reunión: En noviembre 2022

PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

Código: FEC0205005

Versión: 02

FORMATO DE ASISTENCIA

Página: 1 de 1

Nombre de la Reunión: extraordinaria del comité institucional de control interno

Responsable: Jefe Control Interno

Fecha: Junio 06 de 2022

Lugar: Sala de Juntas

Horario: 8:00 am

Dirigido a: Integrantes del comité institucional de control interno

N°	NOMBRE DEL ASISTENTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SERVICIO	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Cynthia T. Moggi	1128414024	Calidad	Asesora	3165113915	calidad@hsjd	Cynthia T. Moggi
2	Claudia Puerta	1036926560	Sede GMM	Coord. sede GMM	3127490358	calidadgmm@hsjd.esenonero.com	Claudia Puerta
3	Pablor Elías Quintana	39438012	Subdirección	Subdirector	3108905030	subdirector@hsjd.esenonero.com	Pablor Elías Quintana
4	Luis Hugo Erazo	15438096	Financiera	Tesoroero	3206863056	tesoroero@hsjd	Luis Hugo Erazo
5	Clodia Maria Angarita	642881990	Admin-Fiera	Subdirectora	3104143732	financiera@hsjd.esenonero.com	Clodia Maria Angarita
6	LUIS CARLOS MESTIA	3.558.924	GERENCIA	GERENTE	3206279223	carlosmestia@hotmail.com	Luis Carlos Mestia
7	Ruby E. Alvarado	39186518	C.I	C.I	3117600827	controlinterno@...	Ruby E. Alvarado
8							
9							
10							
11							
12							
13							

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO					
Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo Inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador
10	Alteración de los documentos de las hojas de vida	De corrupción	Intereses personales y falta de ética Desorden en el archivo de los documentos	Investigaciones penales y sanciones disciplinarias Falta de credibilidad de la institución Procesos judiciales Pérdida de la información	Rara vez	Mayor	ALTO	REDUCIR	Organización y custodia de las hojas de vida en el archivo exclusivo de talento humano Verificación de antecedentes disciplinarios y penales	Archivo de custodia de hojas de vida Formato de verificación de requisitos	Jefe Talento humano	Semestral	Proporción de hojas de vida completas
12	Incumplimiento de la normatividad relacionada con SST	De cumplimiento	Desactualización de la matriz legal en SST Falta de recursos para el cumplimiento de la normatividad	Sanciones económicas para la organización Aumento de los niveles de accidentalidad de los empleados	Improbable	Moderado	MODERADO	REDUCIR	Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo Actualizar de manera continua la matriz de requisitos legales	Evaluación anual del SG-SST Matriz legal actualizada	Jefe Talento humano Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo	Anual	Evaluación de requisitos mínimos
13	Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica	Tecnológicos	Fallas en la infraestructura de hardware Fallas en los programas Fallas en los equipos activos de comunicaciones Fallas en la infraestructura eléctrica	Ausencia de la prestación del Servicio. Pérdida de la información. Pérdida de tiempo. Problemas con la integridad y disponibilidad de la información	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Registro de actividades. Realización de contratos de soporte con Acuerdos de Niveles de Servicios (ANS) establecidos con los proveedores del Sistema de Información	Software (Plataforma de tickets) para atención de los incidentes y solicitudes Contratos de soporte vigentes	Jefe del grupo de sistemas	A demanda	Porcentaje de renovación de contratos de acuerdo con el plan anual de la entidad
14	Robo, alteración y/o pérdida de Información de la Entidad por robo informático	Seguridad digital	Falta de puntos de control Contraseñas inseguras Hurto por medios informáticos y semejantes, transferencia no consentida de activos. Robo o destrucción de la misma.	Pérdida y/o fugas de información, vulnerabilidad de la información.	Rara vez	Mayor	ALTO	REDUCIR	Verificación sobre el uso adecuado de las políticas de seguridad de TI. Seguimiento a notificaciones y advertencias en el sistema. Socialización de la política de seguridad de la información Actualización de los sistemas de control	Logs, política y curso en campus virtual.	Jefe del grupo de sistemas	A demanda	Eventos reportados

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO					
Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo Inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador
1	Desconocimiento del usuario interno de los servicios ofrecidos por la institución	Estratégicos	Debilidad de procedimientos de inducción y reinducción. Insuficiente capacitación al personal que labora atendiendo usuarios Alta rotación del personal Desarticulación de medios de transmisión de información Falta de un portafolio de servicios institucional actualizado y completo	Pérdida económica para la institución Mala imagen institucional Insatisfacción de usuario interno y externo Desaprovechamiento de la capacidad instalada	Casi seguro	Insignificante	ALTO	REDUCIR	Reestructuración del proceso de inducción Identificación de cadenas de difusión Comunicados internos de los cambios significativos Actualización y difusión del portafolio	Listados de asistencia a la inducción y reinducción de personal Registros del campus virtual Portafolio de servicios publicado en pagina web y difundido a través del correo electrónico Registros de difusión de información por redes sociales	Jefe de Talento Humano Comunicadora	Continuo	Proporción de personal con proceso de inducción completo
3	Utilización inadecuada de canales y medios de comunicación de la institución.	Estratégicos	Desinterés del personal en la transmisión adecuada de información al equipo de trabajo Falta de tiempo por carga laboral Uso de correo electrónico institucional solo para algunos cargos Desconocimiento de los canales de información	Desorden en la secuencia y en el receptor de la información Información no oficial Información no articulada desde el área encargada	Casi seguro	Insignificante	ALTO	REDUCIR	Seguimiento a parrilla de programación Seguimiento a la cadena de difusión institucional Emisión de comunicados oficiales	Parrilla de programación Registros de cadena de difusión Comunicados	Comunicadora	Trimestral	Proporción de plan de acción de comunicaciones implementado
8	Celebración de contratos sin el lleno de las formalidades establecidas en la ley y los reglamentos	De cumplimiento	Falta de claridad en la aplicación de los procedimientos contractuales del hospital por parte de los funcionarios del hospital y/o contratistas	Pérdida económica para la institución Insatisfacción del usuario interno y externo Riesgos legales de la entidad	Probable	Mayor	EXTREMO	REDUCIR	Aplicación rigurosa del estatuto y manual de contratación de la ESE Verificación de los requisitos contractuales	Lista de chequeo, expedientes contractuales e Informe de ejecución contractual	Asesor y asistente jurídico	Continuo	Porcentaje de cumplimiento de procedimientos contractuales
9	Cobro para facilitar un trámite	De corrupción	Alta demanda Disminución de oferta	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales	Improbable	Mayor	ALTO	EVITAR	Usuarios de Servinte con accesos restringidos Auditoría de trámites realizados por los usuarios	Informe de asignación de citas de Servinte Cuadros de turno con asignaciones	Coordinadores de Áreas Ambulatorias	Trimestral	Proporción de eventos de cobro con seguimiento

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO					
Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo Inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador
16	Errores en la información reportada	Operativos	Ausencia de mecanismos de auditoria en la calidad de la información Falta de socialización de los procedimientos relacionados con la captación de los datos Diligenciamiento erróneo de la historia y los registros clínicos	No información confiable, Insatisfacción de usuarios internos, deterioro de la imagen Institucional, inoportunidad y mala toma de decisiones, reprocesos.	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Verificación de información de varias fuentes por parte de estadística Validación de la información a través de las plataformas de reporte Estandarización de las fuentes de Información	Lista de verificación Carpeta compartida de reportes Plataformas de reporte	Calidad Estadística	Semestral	Proporción de informes reportados
17	Modificación y/o alteración de la información financiera	De corrupción	Intereses de manipular los indicadores de la entidad Manipulación de la información tanto física o en el sistema	Investigaciones y sanciones disciplinarias	Rara vez	Moderado	MODERADO	EVITAR	Modificaciones sujetas a aprobación de gerencia y revisoria fiscal	Carpeta de modificaciones aprobadas	Contadora	Semestral	Número de modificaciones realizadas
18	Inexactitud en la liquidación de impuestos	Operativos	Desactualización de conceptos tributarios. Falta coordinación con los otros sub-procesos financieros que suministran información a contabilidad. Faltan soportes para la liquidación de impuestos. Perfil inadecuado del personal.	Sanciones de los entes regulatorios.	Rara vez	Moderado	MODERADO	REDUCIR	La Contaduría General y la DIAN informa y realiza actualizaciones permanentes. Antes de realizar el cierre contable se cumplen con las fechas de entrega de información de los otros sub-procesos financieros dentro de los 8 primeros días de cada mes. Previa liquidación de impuestos (retención en la fuente, IVA) la contadora realiza las conciliaciones y papeles de trabajo soporte.	Leyes, Resoluciones y Decretos normativos, Libros auxiliares y mayor de la información de contabilidad y las interfaces de los demás subprocesos. Proceso estandarizado y cumplimiento del manual de políticas	Contador, Revisor Fiscal, Auxiliares Contables	Anual	Proporción de información reportada oportunamente

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO					
Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo Inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador
19	Información económica que no refleja los estados financieros	Financieros	Ausencia de soportes contables. Falta coordinación con los otros sub-procesos financieros que suministran información a contabilidad. No comunicación de hechos económicos a contabilidad. Fallas en el software. Faltan controles a los activos y pasivos de la entidad. No realizar conciliación mensual de cuentas con los sub-procesos que aportan información a contabilidad.	No aprobación de los Estados Financieros por la Junta Directiva. Sanciones de los entes regulatorios.	Posible	Moderado	ALTO	REDUCIR	Antes de realizar el cierre contable se verifica con los responsables de los sub-procesos financieros si toda la información fue entregada oportunamente a contabilidad. Antes de generar los informes financieros se concilia y se analiza la información procesada a través de las interfaces. Se cuenta con los soportes para validar la información de cada una de las transacciones que se realizan.	Libros auxiliares y mayor de la información de contabilidad y las interfaces de los demás subprocesos. Proceso estandarizado y cumplimiento del manual de políticas. Conciliaciones. Papeles de trabajo	Contador, Revisor Fiscal, Auxiliares Contables	mensual	Proporción de información reportada oportunamente
20	Robo de efectivo o cibernéticos	De corrupción	Falta de ética del personal Falta de compromiso con la institución Falta de puntos de control	Pérdida de recursos económicos	Rara vez	Moderado	MODERADO	EVITAR	Seguimiento de control interno al área de tesorería	Informes de auditorías	Control interno	Mensual	Número de hallazgos de auditorías
21	No facturación de servicio o no cobro de copagos	De corrupción	Falta de ética del personal No compromiso con la institución Falta de puntos de control	Pérdida de recursos económicos	Improbable	Mayor	ALTO	EVITAR	Auditorías de proceso de facturación	Procesos estandarizados	Coordinadora Facturación	Semestral	Número de hallazgos de auditorías
22	Favorecer la adquisición de proveedores específicos	De corrupción	Sesgo de intereses en los conceptos para direccionar compras	Investigaciones y sanciones disciplinarias Pérdida económica Adquisición de insumos no adecuados	Rara vez	Mayor	ALTO	EVITAR	Evaluación de proveedores Aplicación de requisitos para seleccionar proveedores Solicitud de cotizaciones para selección de proveedor a través de la plataforma OKA SYSTEM Seguimiento a las personas encargadas de la adquisición de insumos	Lista de chequeo de selección de proveedores Cotizaciones Informes de auditorías	Jefe de Compras Control interno	Trimestral	Número de hallazgos de auditorías

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO					
Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo Inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador
23	Inadecuada clasificación de los residuos	De cumplimiento	Inadecuado manejo, recolección, transporte y disposición final de los residuos sólidos hospitalarios Falta de capacitación del personal e insuficientes insumos	Contaminación a los recursos aire, agua y suelo Deterioro de las instalaciones Lesiones leves Lesiones incapacitantes y enfermedades infectocontagiosas No cumplimiento de la normatividad vigente	Probable	Menor	ALTO	REDUCIR	Se realiza el seguimiento a la ejecución del plan de gestión y se realiza proceso de capacitación al personal y auditorias internas	Informe de seguimiento al plan de gestión integral de residuos que se presenta a las autoridades sanitarias anualmente e informes de auditorias internas Listados de asistencia a capacitación	Comité de Gestión Ambiental y Asesor Ambiental	Semestral	Proporción de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de gestión integral de residuos
24	Falla en la planeación, mitigación y control de los impactos ambientales generados por la institución.	De cumplimiento	Desconocimiento por parte de los líderes de los procesos de no establecer controles oportunos y adecuados a los riesgos ambientales generados	Contaminación a los recursos aire, agua y suelo Deterioro de las instalaciones Lesiones leves Lesiones incapacitantes y enfermedades infectocontagiosas No cumplimiento de la normatividad vigente	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Backup de la información Seguimiento a la ejecución de las actividades planteadas en la matriz de impactos ambientales	Evaluación al plan operativo anual y documentos generados por el área para la mejora de los procesos	Comité de Gestión Ambiental y Asesora Ambiental	Semestral	Proporción de impactos ambientales mitigados
25	Daños o pérdida de los aforos e informes a autoridades físicos y virtuales.	Operativos	Fallas en el proceso de conservación de la información Fallas en el lugar de almacenamiento	Posibles sanciones para la institución Fallas en el procedimiento de mejora continua	Rara vez	Mayor	ALTO	REDUCIR	Backup de la información del equipo de gestión ambiental Control en el Centro Administrativo de documentos	Tabla de retención documental Formato control de entrega de documentos por área Registro de backup	Asesora Ambiental y personal de la central de documentos Sistemas	Semestral	Proporción de actividades cumplidas

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO					
Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo Inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador
26	Falta de información para gestionar los riesgos ambientales e incumplimiento normativo	De cumplimiento	Inadecuado manejo y gestión de recursos naturales Falta de capacitación al personal	Contaminación a los recursos aire, agua y suelo Deterioro de las instalaciones Lesiones leves Lesiones incapacitantes y enfermedades laborales No cumplimiento de la normatividad vigente	Rara vez	Mayor	ALTO	REDUCIR	Backup del quipo de administración ambiental Capacitaciones en los diferentes manuales e instructivos del área dirigidas a todo el personal	Listados de capacitación Listas de chequeo Evaluación al plan operativo anual Informes de gestión mensuales	Comité de Gestión Ambiental y Asesora Ambiental	Semestral	Proporción de actividades cumplidas.
27	Falta de seguimiento oportuno a los planes de mejoramiento y reporte inadecuado de información	De cumplimiento	No oportunidad en la entrega de la información Desconocimiento por parte de los líderes Prioridad a actividades requeridas por entes de control Desconocimiento de los procesos institucionales Sobre carga de trabajo	No disponibilidad de información ante entes de control Sanciones Desviaciones graves en los procesos	Posible	Moderado	ALTO	EVITAR	Seguimiento a las fechas estimadas en los planes de mejoramiento y a sus acciones de mejora	Informes de Seguimiento	Asesor de Control Interno	mensual	Proporción de información de seguimiento a planes de mejoramiento reportada oportunamente

Total Riesgos	Estratégicos	2
	Gerenciales	0
	Operativos	3
	Financieros	1
	Tecnológicos	1
	De cumplimiento	6
	De imagen	0
	De corrupción	6
	Seguridad digital	1

Riesgo inherente	
Riesgos Extremos	1
Riesgos Altos	15
Riesgos Moderado	4
Riesgos Bajos	0
TOTAL	20

Proporción de riesgos en zona de riesgo alta
Controles con necesidad plan de mejora
Controles con diseño débil

Clasificación de Riesgos

