

Entidad			RED SALUD ARMENIA ESE.																	Periodo informado (cuatrimestre 01/01/2023 al 30/04/2023)								
Macroproceso	Proceso	Objetivo del proceso	Área asociada	N. Riesgos	Impacto	Causa inmediata	Tipo de Riesgo	Riesgo	Consecuencia	Análisis del Riesgo					Valoración del Riesgo					Monitoreo y revisión		Medición	Observaciones / análisis					
										Riesgo inherente					Riesgo Residual					Fecha	Acciones			Responsable	Indicador			
										Probabilidad	Puntuación	Impacto	Puntuación	Zona del Riesgo	Probabilidad	Puntuación	Impacto	Puntuación	Zona del Riesgo							Periodo de ejecución	Acciones asociadas al control	
															Controles					Registro								
Direcccionamiento y Gerencia	Definir la proyección organizacional a través de las organizaciones y lineamientos permanentes que permitan operar el desarrollo de las actividades propias de Red Salud Armenia ESE, con el fin de garantizar el cumplimiento de la visión con el uso oportuno y eficiente de los recursos.	Planeación	1	Posibilidad de pérdida reputacional	Por falta de autocontrol de los responsables de los procesos.	A. Ejecución y administración de procesos	Planes institucionales adoptados sin seguimiento en ejecución de metas.	Destitución, sanciones, hallazgos de entes de control no cumplimiento de metas.	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Seguimiento trimestral al cumplimiento del POA y plan de acción de la institución.	Alta	60%	Moderado	60%	Moderado	Permanente	Realizar el seguimiento trimestral al cumplimiento de cada uno de los POA y plan de acción.	Informe de seguimiento trimestral	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	solicitud del monitoreo y seguimiento de POA y plan de acción a cada uno de los responsables.	Subgerencia de Planificación Institucional/Lider Planeación	No. de seguimientos realizados / No. De seguimientos programados	100%	Se realizó la solicitud del seguimiento a cada uno de los responsables. El Plan de Desarrollo para la vigencia 2023 de Red Salud Armenia E.S.E. fue aprobado por la Junta Directiva a través del Acuerdo No. 02 de 27 de febrero de 2023, el cual consta de 7 Líneas Estratégicas. Las líneas de acción se desagregan en Planes Operativos, Anuales (POA), y a su vez en los Planes de acción, los cuales detallan las actividades y/o tareas a realizar por cada área o servicio de la entidad en el año, así a través de este instrumento que se hace seguimiento al Plan de Desarrollo.
Gestión de la Mejora Continua	3	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Falta de recurso humano. Sobre carga laboral en el proceso idoneidad del recurso humano	Ejecución y administración de procesos	Reportes oportunos de indicadores al Ministerio	Sancciones administrativas	Baja	40%	Menor	40%	Bajo	Monitorear el cumplimiento y reportar resultados a la gerencia para la toma de decisiones.	Muy Baja	20%	Leve	20%	Bajo	Permanente	Verificar el reporte oportuno de los indicadores relacionados con la resolución 256.	Correo electrónico de cargo	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Revisar la entrega de los datos que conforman los indicadores de parte de los responsables de la generación de la información.	Coordinadora de Mejora Continua	N. de reportes realizados / Total de reportes programados realizar	100%	Se realiza el análisis de los datos generados por el área de sistemas de información que alimentan los indicadores, se requiere de los planes de mejoramiento a las áreas que presenten desviación, se realiza de los resultados al Ministerio de salud en las fechas establecidas.		
																											Estratégico	Gestión Jurídica
Contratación	5	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Falta de planeación en la etapa precontractual, elaboración de estudios previos. Falta en las plataformas para el cargo oportuno de la información. Incumplimiento por parte del proponente en la entrega de la documentación.	C. Fraude interno/Corrupción	Honestidad en la escogencia del perfil de contratista	Incumplimiento en el objeto contractual	Muy Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Verificación del perfil de contratista	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Evaluación de los perfiles a idoneidad y el cumplimiento de los requisitos legales	Lista de chequeo	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Evaluación de los perfiles a idoneidad y el cumplimiento de los requisitos legales	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	Número de contratos con el cumplimiento de los requisitos legales / número de contratos celebrados	100%	Revisión de documentación, perfil e idoneidad del contratista con el formato de hoja de ruta.		
																											SG - SST	6
Gestión de Talento Humano	7	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Falta de direccionamiento del personal nuevo hacia el área de Talento Humano para su respectiva inducción	A. Ejecución y administración de procesos	Honestidad en la escogencia del perfil de contratista	Incumplimiento en el objeto contractual	Muy Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Verificación del perfil de contratista	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Evaluación de los perfiles a idoneidad y el cumplimiento de los requisitos legales	Lista de chequeo	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Evaluación de los perfiles a idoneidad y el cumplimiento de los requisitos legales	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	Número de actividades realizadas del plan de trabajo del SG - SST / Total de actividades programadas del plan de trabajo del SG - SST	87%	Para el primer trimestre del año 2023 de 15 actividades, se realizaron 13 se dio cumplimiento al 87 % de actividades programadas, se envían evidencias.		
																											Gestión de Talento Humano	7



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ARMENIA QUINDIO
NT: 801001440-8

Código: ES-PL-FO-005
Versión: 4
Fecha de elaboración: 03/03/2013
Fecha de revisión: 05/01/2023
Página: 1 de 1

Nombre del Documento:		Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción										Unidad Administrativa:					Subgerencia de Planificación Institucional											
Gestión de Atención al usuario	Garantizar que desde la oficina del SIAU se pueda informar y atender adecuadamente a los usuarios permitiendo el acceso a los servicios de salud con calidad, calidez y oportunidad igualmente se debe garantizar que se atiendan y se ofrezca respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones que sean de competencia de Red Salud, formadas por los usuarios y sus familias y partes interesadas de conformidad con la normatividad.	Sistema de Información y Atención al Usuario	8	Possibilidad de pérdida reputacional	No adherencia al Manual de Atención al Usuario	Manual de F. Usuarios, productos y prácticas	Vincimiento del término de las respuestas a los PQRSD	Acciones legales por incumplimiento a los términos de Ley	Meda	60%	Moderado	60%	Moderado	Matriz de recepción y trámite de PQRSD, actualizada	Baja	80%	Moderado	60%	Moderado	Permanente	Seguimiento permanente a la Recepción y Trámite de PQRSD	* Matriz de Recepción y Trámite a PQRSD * Correo electrónico * Oficios de respuesta	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Verificación a términos de respuesta en la matriz de recepción y trámite a PQRSD	Subgerencia Clientes-Subgerencia de Planificación Institucional y Lider SIAU	Sumatoria del tiempo transcurrido entre la presentación y respuesta de las quejas recibidas en el periodo / Total de quejas	100%	Se evidencia que la Matriz Recepción e Informe PQRSD AP-AU-FO-003, mediante la cual se le realiza seguimiento al trámite oportuno de las PQRSD, se encuentra actualizada y los términos de respuesta se están dando de manera oportuna, con en el cuatrimestre se tuvo una oportunidad de respuesta de 7 días. Para el primer Cuatrimestre de Enero a Abril de 2023 se Recepcionaron 163 PQRSD.



Red Salud Armenia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ARMENIA QUINDIO
Nº. 801001440-9

Código: ES-PL-FO-005

Versión: 4

Fecha de elaboración: 03/03/2013

Fecha de revisión: 05/01/2023

Página: 1 de 1

Nombre del Documento:		Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción										Unidad Administrativa:					Subgerencia de Planificación Institucional											
Misional	Gestión de Investigación en salud	Investigación en salud	9	Posibilidad de pérdida reputacional	incumplimiento normativo relacionado con el proceso de investigación	A. Ejecución administración procesos	Falta de cumplimiento normativo, ausencia de responsables para la ejecución del proceso de investigación en la ESE	pendencia de certificación de BVMVA en Buenas prácticas de investigación	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	asignación de recursos para la ejecución del proceso	Baja	80%	Moderado	60%	Moderado	Permanente	asignar responsable del proceso de investigación en salud. Activar el proceso de investigación a través del cumplimiento normativo y la búsqueda de patrocinadores	contratación responsable del proceso. Informe de avances para la certificación de buenas prácticas en investigación	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	verificación de los avances para la certificación de buenas prácticas en investigación	Subgerencia científica y profesional del proceso de investigación en salud	No. De informes presentados/ No. De informes programados	100%	Para el primer cuatrimestre no se cuenta con profesional en el proceso de investigación, desde la subgerencia científica se envió solicitud al BVMVA para la consulta de los requisitos para obtener la nueva certificación de buenas prácticas clínicas. Se anexa oficio remitido.
	Gestión docencia servicio	Convenios Docencia-Servicios	10	Posibilidad de pérdida reputacional	No cumplimiento de los requisitos por parte de los IES registro calificado o registro del programa expedito o reexamen.	B. Fraude externo	Ejecutar convenios en el seno de requisitos legales	interacción de desarrollo de la práctica formativa.	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Verificación de la resolución expedida por el Ministerio de Educación Nacional o secretarías de educación	alta	80%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Existencia del acto administrativo de certificación de registro calificado vigente	acto administrativo de certificación de registro calificado	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	validación del acto administrativo de certificación de registro calificado entregado por los IES	Profesional de apoyo a convenios Docencia y Servicios	No. De IE con cumplimiento de registro / No. De IE postuladas	64%	Del total de 11 instituciones educativas postuladas solo el 64 % (7) cumplen con el Registro Calificado o Registro del programa y certificado por la entidad competente. Se cumplió con un 100% de criterio de legalidad exigidos en el Decreto 2376 de 2010. El resultado de bajo riesgo permite continuar desarrollando prácticas formativas con instituciones de educación superior con la formación del talento humano en salud
	Gestión de la prestación de servicios de salud	Servicio farmacéutico	11	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Falta de coordinación de parte de responsables y directivos	C. Interno/Corrupción	Falta de planeación en la adquisición y selección de medicamentos y dispositivos médicos	Inventarios incompletos, compras injustificadas, desabastecimiento, incumplimiento de requisitos normativos, insatisfacción del usuario, sanciones administrativas	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Incluir en el plan de trabajo del comité del servicio farmacéutico las necesidades de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos mensuales así como la de vigencia siguiente.	Baja	20%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Presentar ante el comité de farmacia y terapéutica las necesidades de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos	Actas de comité	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Verificación de las actas del comité de farmacia y terapéutica	Líder del servicio farmacéutico	N. de medicamentos comprados / Total de medicamentos aprobados para compra	167157-33.3 %	El total de medicamentos solicitados, se realiza la compra las necesidades de adquisición de medicamentos se presentan al comité medicinal.
	Gestión de la prestación de servicios de salud		12	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Falta de supervisión de los inventarios	C. Interno/Corrupción	Faltas en los inventarios físicos vs en el sistema de información institucional	Pérdidas económicas, deterioro patrimonial, incumplimiento de requisitos normativos, insatisfacción del usuario, sanciones administrativas	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Kardex actualizado y coherente con existencias en la bodega principal así como las bodegas de los servicios y sedes.	Baja	20%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Realizar visitas de inspección y verificación de inventarios de los diferentes bodegas en los servicios y sedes de forma mensual	Coreograma de visitas Actas de visitas	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Actas de visitas de inspección en cumplimiento de la programación de auditoría interna del servicio farmacéutico	Líder del servicio farmacéutico	N. de visitas realizadas / Total de visitas programadas N. de insumos verificados en físico / Total de insumos ingresados al almacén	Visitas realizadas 412 programadas=0-33%	Se realizan visitas a los centros de salud el parámetro claridad y entereza de datos en materia y objetividad el día 26/01/2023 la evidencia se encuentra en archivo del servicio farmacéutico.
	Gestión de la prestación de servicios de salud	servicios asistenciales y de apoyo diagnóstico y terapéutico	13	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Falta de control y seguimiento de parte de los líderes de los procesos	A. Ejecución administración procesos	Falta de control de los servicios que se tienen a cargo	Pérdidas de horas contratadas, insumos, oportunidad en la atención.	Medio	60%	Mayor	80%	Alto	Seguimiento de parte de los directores técnicos de los servicios a cargo	Baja	40%	Moderado	60%	Moderado	Permanente	Intervenciones y mejoras realizadas a los procesos	Informes	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Informe de seguimiento	Direcciones Técnicas Ambulatoria y Hospitalaria	N. seguimiento realizados / Total de seguimientos programados	100%	Para el primer cuatrimestre se tienen programado realizar el informe de análisis de la capacidad instalada. se anexa informe.
	Gestión de la prestación de servicios de salud	Tesorería	14	Posibilidad de pérdida económica	Aplicación errónea al momento de realizar el pago.	C. Interno/Corrupción	Error en el pago en cuanto al beneficiario o el monto a pagar	No recuperación del recurso o posible sanción.	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	La Verificación y certificación de sopores, comprobantes y transferencias en el pago por parte de los responsables.	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Verificación de datos del beneficiario y monto autorizado para pagar.	Comprobantes de pago con todas las firmas y Transferencias de recursos anexos al pago	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Verificar antes de realizar transferencia por pago, el beneficiario de la cuenta con documento de identidad para pagar	Subgerencia de Planificación Institucional Tesorero	No. De pagos realizados correctamente/Total de pagos realizados	100%	Todo pago se hace bajo la autorización de Gerente, con el visto bueno de la Subgerencia, en la tesorería se hace la disposición y en la Subgerencia previa revisión se autoriza el pago.
			15	Posibilidad de pérdida económica	Deficiente custodia de elementos de acceso al recurso (token, sellos, cheques, claves)	C. Interno/Corrupción	Pérdida de elementos de acceso al recurso (token, sellos, cheques, claves)	asignación de los recursos de la entidad	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	mantener los elementos bajo sistemas de seguridad (caja fuerte)	Alta	80%	Mayor	100%	Extremo	permanente	mantener los elementos bajo sistemas de seguridad (caja fuerte)	acta de verificación de la custodia	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	realizar 12 verificaciones (1 mensual)	Subgerencia de Planificación Institucional Coordinador Financiero Tesorero	No. De verificaciones realizadas/ No. De verificaciones programadas	75%	SE REALIZARON TRES VERIFICACIONES. ASE: 1. EL 09/02/2023 2. EL 06/03/2023 Y 3. EL 04/04/2023
			16	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Mala calidad de la Información que alimenta los estados financieros.	C. Interno/Corrupción	Estados financieros no razonables	Ausencia de veracidad y objetividad en la Calidad de la información que se genera a nivel interno y externo	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Revisión periódica	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Permanente	Realizar conciliaciones mensual entre las áreas que intervienen en el proceso, incluídas las conciliaciones bancarias.	Actas de Conciliaciones	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Realizar conciliaciones mensual entre las áreas que intervienen en el proceso, incluídas las conciliaciones bancarias.	Coordinador Financiero- Contable	No de Conciliaciones realizadas/ No de conciliaciones programadas	100%	De las 6 conciliaciones que se programaron para el cuatrimestre se realizaron 6, cumpliendo con el 100% de las acciones.



Nombre del Documento:		Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción										Unidad Administrativa:				Subgerencia de Planificación Institucional															
Gestión Financiera	Consolidar la información de los hechos económicos institucionales, con el fin de aportar los datos para el análisis y toma de decisiones de la alta dirección que conlleven a la búsqueda de la sostenibilidad económica de la Institución.	Facturación	17	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Incumplimiento en fechas establecidas por los diferentes entes de control para la presentación de informes	C. Interno/Corrupción	Fraude	Extemporaneidad en la presentación de informes organizados de control	Sanciones por incumplimiento	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Consulta permanente de la normal, seguimiento a las fechas establecidas para la presentación de informes.	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Permanente	* Cronograma de fechas para presentación de informes actualizado.	* Cronograma	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Cronograma de presentación de informes.	Coordinador Financiero - Costos	No. De informes programados/total de informes programados.	100%	De los 18 informes programados para el primer cuatrimestre, se presentaron 18, cumpliendo con el 100% de las acciones.		
			18	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Falta adherencia a los contratos formalizados, falta de articulación entre el tercero y la entidad	C. Interno/Corrupción	Fraude	Servicios prestados no facturados o facturación inoportuna	Alteración de las estadísticas institucionales, pérdidas económicas por descuentos y glosas, sanciones administrativas	May Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Mesas de trabajo para articulación de coordinadores, directivos y terceros. Socialización, seguimiento y auditoría al personal de facturación sobre el proceso. Conciliación entre servicios prestados vs facturados.	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Realizar reuniones de articulación entre las mesas de trabajo. Actas de conciliación de los servicios prestados vs facturados. Realizar auditoría recurrente, socializar los resultados e implementar acciones de mejoramiento, así como su seguimiento mensual	Actas de reunión de las mesas de trabajo. Actas de conciliación de los servicios prestados vs facturados	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Informe de resultado de auditorías y planes de mejoramiento con sus respectivos seguimientos	Mundo salud - Subgerencias	No. de servicios facturados prestados / No. de servicios prestados	99,94%	En el periodo de enero a abril se prestaron 203,942 actividades, de las cuales a la fecha se han facturado 203,815, lo que equivale a un 99,94% de efectividad en el cierre de las facturas. Los 130 servicios que se encuentran sin facturar son ingresos que fueron enviados por auditoría y están en revisión para poderlos cargar. Se anexa certificación.		
			19	Posibilidad de pérdida económica	Falta del establecimiento de responsabilidades contractuales en cuanto al manejo del recurso recaudado para ser consignado a Red Salud ESE	C. Interno/Corrupción	Fraude	Recaudo inoportuno de los recursos cobrados por los facturadores a los usuarios por los servicios prestados	Sanciones por parte de los entes de control	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Notificación por parte del área de tesorería y consignaciones diarias a la Entidad Red Salud ESE	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	permanente	entrega de los valores recaudados al área de tesorería y/o consignaciones a la Entidad Red Salud ESE	cuadre de caja diario - consignación - correos electrónicos	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	entrega de los valores recaudados al área de tesorería y/o consignaciones a la Entidad Red Salud ESE	Mundo salud - Tesorería	No. De recaudos realizados oportunamente/ No. De recaudos requeridos según tesorería	100%	En el periodo de enero a abril se generaron 27 recaudos los cuales se entregaron en su totalidad dicho recaudo. El área de facturación al área de tesorería y se realiza la validación con el software institucional Dinamica Generacional, de anexa certificación.		
			20	Posibilidad de pérdida económica	incumplimientos contractuales por parte del responsable del proceso de facturación, Personal no idóneo e insuficiente, mala calidad de los auditors, envío inoportuno de las bases de datos por parte de las diferentes EAPB.	C. Interno/Corrupción	Fraude	Disponibilidad de recursos ineficientes	Pérdida de recursos para la ESE	May Alta	100%	Catastrófico	100%	Alto	Realización de Auditorías	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Permanente	* Ejecutar auditorías a través de cruce de la facturación por cajita vs bases de datos de EPS. * Auditoría de cuentas médicas por evento	* Notificación de errores a las personas involucradas	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Revisión constante de las bases de datos, y mesas de trabajo donde realizar el análisis, seguimiento y monitoreo para las bases de datos, evaluaciones mediante actas de reunión.	Subgerencia de Planificación Institucional Mundo Salud Médica coordinador (a) financiera	cantidad de facturas anuladas / cantidad de facturas generadas	100%	En el periodo de enero a abril se generaron 136.174 facturas, de las cuales se anulaban 4.139 correspondientes al 3%, obedeciendo a motivos de responsabilidad de la ESE y del proceso de facturación, en su totalidad, se mantiene en un porcentaje de error tolerable. Se anexa certificación		
		Costos	21	Posibilidad de pérdida económica	Inadecuado diligenciamiento de la información suministrada para el proceso de costos.	C. Interno/Corrupción	Fraude	Costos innecesarios de los servicios	Pérdida de recursos para la ESE	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Revisión permanente del sistema de información	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Permanente	Notificar las inconsistencias detectadas en la información	Correos electrónicos Oficios	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	estimación de costos mensuales	Coordinador Financiero Líder Costos	No. de estimaciones realizadas / No. De estimaciones programadas	0%	Debido a los diversos cambios en los Profesionales que trabajan en el área de costos, estas estimaciones no se realizaron ya que la necesidad de la ESE, es parametrizar el Módulo de Costos del Software Dinamica Generacional el cual a la fecha no es Funcional y Los sistemas de información deben abarcar toda la empresa y llevar la totalidad de costos y gastos de la manera más real posible hasta la esencia de la producción, es decir, de aquellas actividades que nos generan algún ingreso; manteniendo la estructura de conformación y aportando la información necesaria para que de acuerdo a una planeación previa se tomen decisiones a nivel de la alta y mediana gerencia. Además, a través de los reportes mensuales, nos va a permitir detectar una conciliación de costos reales con costos contables. Un sistema de costos debe cumplir con ciertos características: Dinámico (Cambios constantemente), Oportuno (información cambia en el momento que ocurren los hechos), Integral (permite interrelación entre las áreas administrativas y asistenciales de la entidad, Como Plan de Mejoramiento con esta actividad por parte de los Profesionales de área de costos, informe que anexa a la entrega del mapa de riesgos y se entrega que para el segundo cuatrimestre ya se brinca estimaciones de costos basadas en la realidad de la institución.		
			22	Posibilidad de pérdida económica	No actualización oportuna de la información actualizada de la cartera	C. Interno/Corrupción	Fraude	Falta de pago por parte de las EAPB	Pérdida de recursos para la ESE	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	seguimiento a la radicación de la facturación mensual.	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Realizar Seguimiento permanente a la radicación de la facturación a las diferentes EAPB	Tabla en Excel de seguimiento al Cronograma de entrega y radicación.	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Verificación de la radicación generada	Subgerencia de Planificación Institucional Mundo Salud Médica, Coordinador Financiero	Total de facturación radicado/ total de facturación generada	100%	Durante el primer trimestre se facturaron \$6.402.102.213 los cuales se radican \$6.419.450.903, para un cumplimiento del 99%, es de aclarar que la facturación por evento no toda se radica durante el mes, si no al mes siguiente.		
		Apoyo	Implementar, gestionar y administrar el recurso tecnológico contenido entre hardware y software, que garantice la seguridad y contribuya a la calidad, confiabilidad, operación y conservación de la información, entre todos los procesos organizacionales, vigilando que la información sea oportuna y confiable para la toma de decisiones en Red Salud Armenia ESE.	Glosas	23	Posibilidad de pérdida económica	Falta de gestión de cobro e información permanente de la cartera entre las EAPB. No depuración y conciliación de la cartera	C. Interno/Corrupción	Fraude	Concentración de la cartera mayor a 360 días.	Auditoría de recursos para la ESE	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Mantener actualizada la cartera e informar permanentemente a las EAPB	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Enviar mensualmente la cartera mayor a 90 días a la oficina jurídica. Actualización permanente de la cartera actualizada.	Oficio y correos, reporte de cartera a jurídica y a las diferentes EAPB, actas y documentos de la cartera actualizada.	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Seguimiento a la actualización y al reporte de la cartera al área jurídica y a las diferentes EAPB, actas y documentos de conciliación.	Coordinador Financiero Líder Cartera	No. de reportes enviados / No. De reportes programados	100%	Durante el primer trimestre se envió de manera mensual la cartera al área de jurídica vía correos electrónicos, para un cumplimiento del 100%
					24	Posibilidad de pérdida económica	Personal no idóneo e insuficiente, alto volumen de glosas, "bajo control" en la recepción y seguimiento a las respuestas.	C. Interno/Corrupción	Fraude	Respuestas temporales y aceptación de glosas injustificadas	Pérdida de recursos para la ESE	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Realizar informes de seguimiento al proceso de recepción y respuesta. Realizar inducción y renovación en el proceso.	Alta	80%	Moderado	80%	Alto	Permanente	Realizar seguimiento periódico a la recepción y respuesta de las objeciones que se reciben.	Archivo de control de tiempo de respuestas - actas y folios de asistencia. Requerimiento por parte de Red Salud ESE.	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Seguimiento a los correctivos aplicados de acuerdo a las acciones establecidas	Subgerencia de Planificación Institucional coordinación financiera Mundo Salud Médica	total de respuestas entregadas/ total de objeciones recepcionadas	100%	Durante el periodo de enero a abril de 2023 se dio respuesta a 270 items que corresponden a 2306 facturas glosadas; las cuales fueron respondidas en su totalidad dentro de los tiempos normativos. Se anexa certificación.
					25	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Afectación equivocada de rubros presupuestales.	C. Interno/Corrupción	Fraude	Destinación de rubros presupuestales.	Inconsistencia en la información que afecta la toma de decisiones.	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Verificación previa a la confirmación de la solicitud	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Verificación de rubros y valores de acuerdo a la solicitud de CDP y RP antes del cargue al sistema y la respectiva expedición.	Solicitudes de CDP y RP realizadas y validadas mediante conciliación de rubros como evidencia el acta de reunión con periodicidad mensual.	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Seguimiento al registro de las solicitudes de CDP y RP en el Sistema Dinamica	Coordinador Financiero Líder de Presupuesto	total de inconsistencias encontradas/ total de solicitudes recibidas/100	100%	Para este Periodo Por Parte del área de presupuestos no se presentaron errores al momento de generar los distintos CDP y RP, los documentos generados fueron validados con el archivo de presupuesto. En total se generaron 243 CDP y 299 RP.
		Comunicaciones	Implementar, gestionar y administrar el recurso tecnológico contenido entre hardware y software, que garantice la seguridad y contribuya a la calidad, confiabilidad, operación y conservación de la información, entre todos los procesos organizacionales, vigilando que la información sea oportuna y confiable para la toma de decisiones en Red Salud Armenia ESE.	26	Posibilidad de pérdida reputacional	Inconvenientes en la ejecución de las actividades del Plan de Comunicaciones.	A. Ejecución de administración procesos	Incumplimiento de cronograma del Plan de Comunicaciones.	Falta de reconocimiento de su gestión y fallos en la comunicación con el cliente interno y externo.	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Seguimiento al cronograma del Plan de Comunicaciones	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Permanente	Realizar las actividades programadas para el cumplimiento del Plan de Comunicaciones.	Cronograma de actividades del plan de comunicaciones.	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Verificar el cumplimiento de las actividades programadas	Subgerencia de Planificación Institucional Comunicaciones	No. Actividades realizadas / No. Actividades programadas	100%	De acuerdo a las necesidades de publicación de las áreas o precisiones se realizó la publicación dentro de los términos establecidos. De enero, febrero, marzo, abril se realizaron 250 publicaciones de 250 requeridas entre afiches, fotografías y videos.		



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ARMENIA QUINDIO
NT: 801001440-8

Código: ES-PL-FO-005

Versión: 4

Fecha de elaboración: 03/02/2013

Fecha de revisión: 05/01/2023

Página: 1 de 1

Nombre del Documento:		Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción										Unidad Administrativa:					Subgerencia de Planificación Institucional										
GESTIÓN DE LAS TIC	Implementar, gestionar y administrar el recurso tecnológico contenido entre hardware y software, que genere la seguridad y contribuya a la captura, confiabilidad, operación y comunicación de la información, entre todos los procesos organizacionales, logrando que la información sea oportuna y confiable para la toma de decisiones en Red Salud Armenia ESE.	27	Posibilidad de pérdida económica y reputacional	Inconsistencias en el proceso de admisión e inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	C. Fraude Interno/Corrupción	Falta de revisión, seguimiento y análisis y toma de decisiones y generación de información por parte de las direcciones.	Generación de glosas y descuento por incumplimiento de metas por parte de las EPS	May Alta	100%	Mayor	80%	Alto	mesas de trabajo para revisión, seguimiento y toma de decisiones de la información generada de RIPS.	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Permanente	realizar mesas de trabajo mensuales para revisión, seguimiento y toma de decisiones de la información generada de RIPS.	acta y asistencia de mesas de trabajo.	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	realizar mesas de trabajo mensuales para revisión, seguimiento y toma de decisiones de la información generada de RIPS.	Departamento de Información y Registro - Direcciones Técnicas	Reportes realizados y analizados	100%	Para el primer cuatrimestre el DR, realizó el 100% de las actividades, en cuanto al reporte de al reporte de facturas de consultas sin código de diagnóstico e inconsistencias en la calidad del dato. El reporte de facturas sin código de diagnóstico se publica en la biblioteca virtual, y las inconsistencias en la calidad del dato, se envían a las áreas implicadas en la calidad del dato, ya es competencia de las subdirecciones, establecer las medidas necesarias para la realización de los planes de mejoramiento con las personas implicadas en el proceso de admisión y manejo de la Historia Clínica.



Nombre del Documento:		Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción										Unidad Administrativa:					Subgerencia de Planificación Institucional													
Gestión de Ambiente y Recursos Fisicos	Implementar, gestionar y administrar el recurso tecnológico contenido entre hardware y software, que garantice la seguridad y contribuya a la calidad, confiabilidad, operación y comunicación de la información, entre todos los procesos organizacionales, logrando que la información sea oportuna y confiable para la toma de decisiones en Red Salud Armenia ESE.	Garantizar el suministro de bienes y servicios de forma oportuna permitiendo el desarrollo de los procesos asistenciales y administrativos.	Bienes y servicios	28	Possibilidad de pérdida económica y reputacional	Criterios de validación de los RAPS diferentes por cada EPS	C. Interno/Corrupción	Fraude	Incumplimiento en la entrega oportuna de la información	Reproceso en la generación de la información	May Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Verificar, revisar y ajustar las diferencias	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Permanente	Reporte de Validación	* Correo electrónico * Archivo Físico	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Revisar y validar mensualmente los archivos planos	Departamento de Información y Registro	Validaciones realizadas	100%	Los Registros individuales de Prestación de Servicios (RIPS), deben de validarse en las diferentes plataformas a la cual se les envía los archivos planos, y que sirven como soporte a la cuenta de cobro de prestación de servicios.
				29	Possibilidad de pérdida económica y reputacional	Falta de suficiencia de personal para realizar labores de mantenimiento. Falta de seguimiento a la Destinación del rubro presupuestal	C. Interno/Corrupción	Fraude	Incumplimiento al plan de mantenimiento hospitalario institucional	Generación de hallazgos de partes de los entes de control por incumplimiento al plan de mantenimiento hospitalario.	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Seguimiento a la ejecución del Plan de Mantenimiento hospitalario	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Permanente	Seguimiento mensual de la ejecución del plan de mantenimiento hospitalario Socializar los resultados mensualmente a los directivos Implementar acciones de mejoramiento con el fin de lograr la ejecución del plan de mantenimiento hospitalario oportunamente	Informe de ejecución del plan de mantenimiento hospitalario resultado trimestral	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Informe de resultado de ejecución trimestral. En caso de incumplimiento suscribir plan de mejoramiento.	Subgerencia de Planificación Institucional/Lider Bienes y Servicios	No. De seguimientos realizados / No. De seguimientos programados N. de actividades ejecutadas del plan de mantenimiento hospitalario / Total de actividades programadas	100%	Para el periodo comprendido del 01 de Enero al 30 de Abril del 2023 realiza informe de Ejecución Presupuestal del Plan de Mantenimiento Hospitalario. Se adjuntan Formatos donde se realiza seguimiento al PMH.
				30	Possibilidad de pérdida económica	Falta de custodia de los bienes entregados a los líderes de los procesos.	C. Interno/Corrupción	Fraude	Pérdida de bienes	Detrimiento patrimonial	May Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Realizar inventario anualmente a todas las áreas - solicitud de inclusión de bienes a las polizas de la entidad.	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Permanente	Realizar un inventario anual a todas las áreas y solicitud de ingreso de los bienes a las polizas de la entidad.	Módulo de inventario de activos fijos y correos electrónicos.	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Realizar y ejecutar cronograma de inventarios a todas las áreas - solicitud de ingreso de los bienes a las polizas de la entidad.	Subgerencia de Planificación Institucional/Lider Bienes y Servicios	No. De inventarios realizados / Total de inventarios programados Total de activos fijos	100%	Durante el primer cuatrimestre del año 2023 se realiza cronograma a ejecutar durante la vigencia en mención.
				31	Possibilidad de pérdida económica y reputacional	Falta de seguimiento a los inventarios existentes en el almacén.	C. Interno/Corrupción	Fraude	Pérdidas de insumos del almacén general	Sancciones administrativas, detrimiento patrimonial	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Realizar inventarios aleatorios al almacén general	Alta	60%	Moderado	60%	Alto	Permanente	Informe del resultado de los inventarios realizados trimestrales al almacén general	Módulo de inventarios de almacén general	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Realizar inventarios aleatorios trimestrales. Realizar inventario general anualmente.	Subgerencia de Planificación Institucional/Bienes y Servicios Jefe de Almacén	No. de inventarios realizados/ No. De inventarios programados. N. de insumos verificados en físico / Total de insumos ingresados al almacén	100%	Para el segundo cuatrimestre del año 2023, se llevaron a cabo inventarios aleatorios mensuales, realizados al almacén general de la entidad, verificación de la cual se anexan las respectivas evidencias.
				32	Possibilidad de pérdida económica y reputacional	Falta de disponibilidad de insumos para el cumplimiento del PGRASA	A. Ejecución administración procesos		Incumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención al Salud y otras actividades PGRASA	Sancciones por parte de los entes de control.	May Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Informar en forma oportuna las necesidades a las áreas pertinentes.	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Permanente	realizar la solicitud de necesidades a las áreas responsables.	Correo electrónico u oficios.	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	realizar la solicitud de la necesidad oportunamente.	Subgerencia de Planificación Institucional/Lider Gestión Ambiental	No. De compras de insumos efectuadas/ No. de solicitudes realizadas	100%	Durante el primer cuatrimestre del 2023 se presentaron 2 necesidades de compra de insumos para garantizar el manejo adecuado de los residuos generados por la ESE, todas para residuos y compra de recipientes, las cuales fueron obviadas con los proveedores comercializadora axm y dipalps respectivamente.
				33	Possibilidad de pérdida económica y reputacional	Desconocimiento de la clasificación de los residuos	F. Usuario productos y prácticas	Uso inadecuado recepción de residuos generados en la ESE	* Accidentes laborales * Contaminación cruzada	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Realizar capacitaciones permanentes al personal de la ESE	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Permanente	Realizar capacitaciones y evaluaciones de conocimiento al personal de la ESE	registros de asistencia y formatos de evaluación.	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	evaluar los conocimientos de las capacitaciones realizadas.	Subgerencia de Planificación Institucional/Lider Gestión Ambiental	N. de funcionarios a los cuales se les capacito / Total de funcionarios programados capacitar	100%	Durante el primer cuatrimestre del 2023 se programaron y desarrollaron diferentes socializaciones al personal de servicios generales en cuanto al manejo adecuado de residuos (PGRASA, nuevo código de colores para separación de residuos, segregación adecuada de residuos, clasificación de los residuos generados en la atención en la salud, con el fin de llevar a cabo una gestión integral de los mismos.	
				34	Possibilidad de pérdida económica y reputacional	Incumplimiento a la ejecución del cronograma de mantenimiento Falta de reportes disponibles No idoneidad del personal que realiza el mantenimiento Cobertura insuficiente en las capacitaciones del uso adecuado de la tecnología	F. Usuario productos y prácticas	Ocurriencia de atenciones inseguras a causa de la tecnología biomédica	Realización de cliente interno y externo. Disminución de la producción aumentando los gastos financieros de la entidad.	May Alta	100%	Mayor	100%	extremo	Implementación y monitoreo del proceso de gestión de la tecnología	Alta	80%	Mayor	100%	Alto	Permanente	Implementación del programa de tecnología a través del cumplimiento del plan de trabajo específico. Cobertura por encima del 90% del personal que recibe las capacitaciones. Cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo, calibraciones y validaciones	Reporte al INVIMA Análisis de atenciones Registros de tecnología Registros de capacitaciones Hojas de vida actualizadas de los equipos biomédicos	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Implementación del programa de tecnología del plan de trabajo específico. Cobertura por encima del 90% de personal que recibe las capacitaciones. Seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo	Subgerencias Científica y de Planificación Institucional. N. de funcionarios a los cuales se les capacito / Total de funcionarios programados capacitar	100%	Al corte 30 de abril se han realizado 17 servicios de mantenimiento preventivo de 17 servicios programados. Se ha cumplido a cabalidad con el cronograma anual de capacitaciones el cual se capacito al personal que se encuentra en el servicio o en los centros de salud, se capacito a odontólogos, auxiliares e higienistas por la plataforma formsoft.		
				35	Possibilidad de pérdida económica y reputacional	* Desconocimiento de los requerimientos de los Entes de Control y/o Cambios interstivos de los requerimientos. Entrega oportuna de la información por parte de los responsables de generarla. * Personal insuficiente para dar cumplimiento al Plan de trabajo y Cronograma de la Oficina Asesora de Control Interno.	A. Ejecución administración procesos	Incumplimiento Cronograma y/o Plan de Trabajo de la Oficina de Control Interno	Sancciones para la Entidad por el reporte oportuno en la presentación de la información requerida por los Entes de Control Interno.	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Revisión periódica, actualización y/o ajustes del Cronograma o Plan de Trabajo	Media	60%	Menor	40%	Moderado	Permanente	Revisión Semanal del Cronograma y plan de trabajo Interno.	* Plan de Trabajo * Actas de comité de Control Interno * Informes presentados	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Verificación del cumplimiento del Cronograma y Plan de trabajo.	Jefe de Oficina Asesora de Control Interno	No. De Actividades cumplidas / No. De Actividades programadas Conforme al Cronograma de la Oficina Asesora de Control Interno	100%	Se ha cumplido en su totalidad durante el primer cuatrimestre del cronograma y plan de trabajo aprobado en el comité de control interno.	
				36	Possibilidad de pérdida económica y reputacional	Cambio normativo que obliga a que se implemente el proceso adoptado por la entidad.	C. Interno/Corrupción	Fraude	No cumplimiento de la normatividad y el debido proceso	Sancciones o investigaciones por Organismos de control.	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Dar celeridad a los procesos y evitar la prescripción de los mismos. Revisión periódica del proceso. Empoderamiento por parte del funcionario encargado	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Permanente	Hacer seguimiento mensual de los procesos disciplinarios por parte del funcionario encargado dejando constancia sobre el avance y garantizando la sustanciación en los términos previstos.	Seguimiento a los procesos disciplinarios.	30 de Abril de 2023 31 de Agosto de 2023 31 de Diciembre de 2023	Seguimiento a los procesos disciplinarios.	Subgerencia de Planificación Institucional - Asignada de apoyo de los procesos.	Nº de seguimientos realizados /Nº de seguimientos programados	100%	SI 01 DE 2023 PRELIMINAR PREVIO- ES UN PROCESO EJECUTIVO, TIENE UNA DURACIÓN DE TRES MESES- de la vigencia anterior quedaron todos los procesos en archivo y terminación.