



SEGUNDA LINEA DE DEFENSA

DEPENDENCIA:

DIMENSION SÉPTIMA CONTROL INTERNO MIPG



14/01/2020

VERSION 1

Numero	Procedimiento	Controles a Implementar	Riesgo	Meta	Indicador	Evaluación	Indicador de cumplimiento a corte de 31/12/2020
1.	RECEPCIÓN O ENTRADA DE INSUMOS DE PAPELERIA, SISTEMAS, ASEO DE PACIENTES, ASEO GENERAL, EQUIPOS (ELECTRONICOS Y MANUALES) - Recepción de la mercancía al PROVEEDOR O CONTRATISTA - Verificación del estado general de los insumos - Recepción Técnica de los productos - Recepción Administrativa	Se considera que se necesitan implementar controles al proceso en cuanto a la recepción de los insumos.	La falta de control puede generar riesgos en referencia a: - Carecer de insumos requeridos por la institución - Incremento por baja de insumos por vencimiento o deterioro.	100% se implementa un protocolo institucional para la recepción de insumos, productos y programación de mantenimientos para los equipos (Electrónicos y Manuales)	N. 50 Recepciones realizadas / N. 50 Recepciones programadas	Control Interno, revisará y evaluará el cumplimiento.	Se realizó desde el mes de Noviembre, los controles al proceso de recepción de insumos
2.	SEMAFORIZACIÓN Y CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO, CONTROL DE EXISTENCIAS -Control de fechas de vencimiento de los productos e insumos Almacenamiento en el área respectiva.	Se considera implementar un mayor control sobre la semaforización de todos los productos e insumos, dispositivos electrónicos y manuales que ingresan a la institución.	La falta de semaforización genera un riesgo referente a: - Fallos en los equipos por mantenimiento	90% semaforización total de todos los productos e insumos y la programación de mantenimientos de los equipos y dispositivos electrónicos y manuales según sea el caso.	N. 500 productos semaforizados / N.1000 Total de productos recepcionados	Control Interno, revisará y evaluará el cumplimiento.	90% Se realizó la semaforización de todos los productos e insumos.
3.	ALMACENAMIENTO DE LOS PRODUCTOS E INSUMOS, INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS INVENTARIO DE PRODUCTOS DE CONSUMO - Almacenamiento general - Identificación de los activos por medio de un código	Se considera que se necesita implementar un mayor control sobre el almacenamiento de los productos en el área de bodega se debe realizar un inventario de todos los activos fijos y de Consumo	La falta de Control puede generar alteraciones y cambios en productos e insumos y el deterioro de los mismos.	100% se mejoró y organizó el almacén y la bodega de almacenamiento. Se realizó un inventario general de los activos fijos Se adoptaron medidas para la reorganización y detención de los activos fijos de la ESE	N. activas/ades realizadas / programadas	Control Interno, revisará y evaluará el cumplimiento.	Se realizó el control sobre el almacenamiento de fijos productos en el área de almacén y se realizó un inventario de los activos fijos y de consumo
4.	REALIZACIÓN DE SALIDAS DE ALMACEN/BODEGA DE LOS ARTICULOS Y ACTIVOS FIJOS A LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS - Realización de las salidas con su respectivo serial - Asignación del responsable de los activos fijos de cada dependencia - Generar o llevar la información al modulo de Activos Fijos	Se estima que se debe realizar la etiqueta de cada Activo fijo y asignar a cada responsable, como también determinar el estado que tiene en el momento cada activo fijo.	La carencia de este proceso puede ocasionar una pérdida o deterioro de los activos fijos y/o de consumo, Desconocimiento financiero y fiscal de la institución	50% Se etiquetó cada activo fijo y se asignó cada responsable por área o servicio. Se elaboró detalladamente el informe mensual de las salidas de almacén y/o bodega	# 1 Informe mensual / 3 Informes trimestral	Control Interno, revisará y evaluará el cumplimiento.	100% Se cumplió un 70%, la etiqueta de los activos fijos y se detectó cada responsable de cada área o servicio. Se elaboró detalladamente el informe mensual de las salidas de almacén y/o bodega
5.	IMPLEMENTACION DE HORARIOS PARA LA ENTREGA DE LOS INSUMOS Y ARTICULOS - Establecer un horario para la entrega de los insumos y artículos que salen de almacén	Se debe generar un horario para la entrega de los insumos, artículos que salen del almacén	La carencia de control en este caso puede ocasionar la falta en la entrega de la información que emite el área de suministros y/o almacén	100% Se elaboró y dio a conocer un horario de entrega de los insumos y artículos que salen de almacén	1 Horario de entrega de suministros / 1 Horario de entrega de los artículos que salen de almacén	Control Interno, revisará y evaluará el cumplimiento.	100% Se cumplió a cabalidad la implementación del nuevo horario de entrega de insumos y artículos que salen de almacén

YOMAIRA CORDERO LARGO
SEGUNDA LINEA DE DEFENSA MIPG 7 DIMENSION
DEPENDENCIA DE SUMINISTROS

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA. CONTROLES IMPLEMENTADOS MIPG CONTROL INTERNO.- SEPTIMA DIMENSIÓN

		PROCEDIMIENTO	CONTROLES A IMPLEMENTAR	RIESGO	META	RESPONSABLE		INDICADOR	EVALUACION
Talento Humano		Se observa el manual de funciones no esta actualizado (Decreto 1083 de 2015 y Decreto 815 de 2018).	Actualizar el manual de funciones y competencias ajustado a las directrices vigentes.	Manual de funciones y competencias ajustado a las directrices vigentes.	Número de manuales Ajustados	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	
Talento Humano		Se observa que la administración no cuenta con un Sistema de SGSST implementado y la ausencia de documentos que lo sustentan. (Decreto 1072 de 2015, Resolución 1111 de 2017 y Resolución 0312 de 2019).	Diseñar y aprobar el plan de seguridad y salud en el trabajo.	Plan de seguridad salud en el trabajo diseñado y aprobado.	Número de Planes diseñados y aprobados	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	
Talento Humano		No se mide en clima laboral, no se cuenta con planes de incentivos, planes de formación y capacitación para el desarrollo del talento humano en la respectiva vigencia. (Decreto 1083 de 2017, Artículo 2.2.10.7).	Promover el ejercicio participativo de los funcionarios; diseñar los planes de incentivos y capacitación acordes a las necesidades y prospectivas institucionales.	Medición del clima laboral, policas y planes de incentivos	Número de actividades para la medición de clima laboral y retroalimentación de conocimientos	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	
Talento Humano		Ausencia de políticas y mecanismos de evaluación del desempeño laboral y funcional. (Acuerdo 617 de 2018 CNSC).	Implementar sistema de evaluacio TIPO y demas estrategias establecidas la CNSC - SEDEL.	Sistema TIPO evaluacion implementado	TIPO evaluación implementado	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	

			Elaboración y adopción de los siguientes planes institucionales: 1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR) 2. Plan Anual de Adquisiciones 3. Plan Anual de Vacantes 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos 5. Plan Estratégico de Talento Humano 6. Plan Institucional de Capacitación 7. Plan de Incentivos Institucionales 8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo 9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información, aprobación y adopción de los procedimientos y formatos del proceso de gestión financiera (presupuesto, contabilidad							
Planear acción institucional	No se cuenta con la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de la ESE HMRS. (Decreto 612 de 2018).	Diseño y adopción de los planes institucionales.	Planes Institucionales ESE HMRS	Profesional de Planeación Jefe de Control Interno	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00				
Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto Público	Instrumentos normativos no actualizados, carencia de políticas de gestión presupuestal y financiera adoptadas como procesos y procedimientos (ISO 9001:2015)	Diseño y adopción de procedimientos gestión financiera.	Número de documentos aprobados	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00				

Gestión con valores para el Resultado	Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto	Operatividad de los comité de sostenibilidad y saneamiento contable, necesarios para la gestión permanente de activos y pasivos.	Coordinar las acciones de saneamiento contable a partir de las sesiones del comité de	Sesiones del comité de sostenibilidad contable realizadas	Número de sesiones realizadas	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	
	Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos (Interno)	Falta de identificación y caracterización de la estructura organizacional flexible al modelo de operación	Realizar el diagnóstico del proceso de reorganización administrativa	Diagnóstico del proceso de reorganización administrativa realizado	Número de diagnósticos realizados	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	
	Gobierno Digital (Interno)	Ausencia de instrumentos técnicos TICs - PETIC	Elaborar y aprobar el Plan Estratégico de la TIC'S - PETI	Plan estratégico elaborado y aprobado	Número de planes elaborados y aprobados	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	
	Seguridad digital (Interno)	Ausencia de políticas y herramientas para garantizar la seguridad digital	Elaborar el diagnóstico en materia de seguridad digital	Diagnóstico de seguridad digital elaborado	Número de diagnósticos elaborados	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	
	Racionalización de trámites	Trámites registrados en SULT, se poseen elementos para seguimiento, no se han priorizado nuevos trámites	Realizar seguimiento a funcionalidad de trámites en SULT, realizar el inventario de trámites de la entidad	Inventario de trámites y seguimiento realizado	Numero de inventarios de tramite realizados	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	

Evaluación de resultados	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Falta de instrumentos de medición de la gestión presupuestal y financiera	Valorar - Evaluar la calidad del gasto público	Realizar sesiones de Consejo de Gobierno para evaluar el cumplimiento de las metas y la ejecución de los recursos del presupuesto	Número de sesiones realizadas	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	
Información y Comunicación	Gestión Documental	Falta de documentos técnicos para el cumplimiento de la norma archivística (PINAR, PGD) y sistema de gestión documental no implementado	Implementación de un sistema de gestión documental, diseño y ejecución de PINAR, implementación de sistema de correspondencias institucional	Documentos construidos, sistema de gestión documental implementado	PINAR, SGD, Avances en su implementación	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	
Información y Comunicación	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	ausencia de documentos contentivo de Estrategias y políticas para la protección de datos y escenarios de acceso a la información.	Elaborar la política de protección de datos personales y publicarla en la sección de Transparencia y acceso a la información del sitio Web oficial	Política de protección de datos elaborada y publicada	Número de Políticas elaboradas y publicadas	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	

Gestión del conocimiento	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Desconocimiento y falta de escenarios e incentivos para el desarrollo y gestión el conocimiento y la innovación.	Documentar y Publicar los resultados de la gestión de la entidad en repositorios de información sencilla o para consulta, análisis y mejora	Informes de Gestión Realizados y Publicados	Número de Informes de Gestión Realizados	Sub Gerencia administrativa	Comité de Gestión y desempeño institucional	1,00	
--------------------------	--	--	---	---	--	-----------------------------	---	------	--

ALEXANDER NOGUERA
 SUBGERENTE ADMINISTRATIVO



Procedimiento	Controles a Implementar	Riesgo	Meta	Indicador	Evaluación
<p>COPIAS DE SEGURIDAD SISTEMA SAH</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ir a la carpeta SAH en el disco local "C".2. Copiar la Carpeta BD2014.3. Ir a la Unidad "F" y en la carpeta "COPIAS" crear una carpeta con la fecha y hora "AAAAMDD HHMM", Ejemplo "20201612 11:00".4. Dentro de la carpeta creada se pega la carpeta BD2014, que se copio en el paso 2.5. Comprimir la carpeta creada en el paso 3.	<p>los controles se efectuaron con éxito</p>	<p>no se presentaron riesgos</p>	<p>Se cumple la meta ya que se realizaron copias diarias durante el periodo evaluado</p>	<p>92/92 = 100%</p>	
<p>COPIAS DE SEGURIDAD SISTEMA TNS</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ir a la ruta "C:\Datos TNS\HMRS2020.GDB" y copiar el archivo.2. Ir a la Unidad "D" y en la carpeta "COPIAS" crear una carpeta con la fecha y hora "AAAAMDD", Ejemplo "20201612".4. Dentro de la carpeta creada se pega el archivo que se copio en el paso 1.5. Comprimir la carpeta creada en el paso 3.6. Ir a la ruta "C:\Datos TNS\HMRS2020.log" y copiar el archivo.7. Dentro de la carpeta creada en el paso 2 se pega el archivo.8. Ir a la ruta "C:\Datos TNS\ACTIVOS FIJOS RUDESINDO SOTO 2013.GDB" y copiar el archivo.9. Dentro de la carpeta creada en el paso 2, se pega el archivo.10. Ir a la ruta "C:\Datos TNS\ACTIVOS FIJOS RUDESINDO SOTO 2013.log" y copiar el archivo.11. Dentro de la carpeta creada en el paso 2 se pega el archivo.12. Ir a la ruta "C:\Datos TNS\HMRS NOMINA\LOG.GDB" y copiar el archivo.13. Dentro de la carpeta creada en el paso 2, se pega el archivo.14. Ir a la ruta "C:\Datos TNS\HMRS NOMINA\MAESTRO.GDB" y copiar el archivo.15. Dentro de la carpeta creada en el paso 2 se pega el archivo.16. Comprimir la carpeta creada en el paso 2.	<p>los controles se efectuaron con éxito</p>	<p>no se presentaron riesgos</p>	<p>Se cumple la meta ya que se realizaron copias diarias durante el periodo evaluado</p>	<p>92/92 = 100%</p>	

SEGURIDAD DEL PACIENTE

NU	PROCEDIMIENTO	CONTROL	RIESGO	META	INDICADOR	EVALUACION
1	PREPORTE Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA INSTITUCION.	REVISION DEL LOS ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS	1. OMISION EN EL REPORTE DE EVENTOS ADVERSO 2. NO CONTAR CON LAS HERRAMIENTAS DE VIGILANCIA FUNCIONALES AL MOMENTO DE LA REVISION DEL SUCEO. 3. EXTRAVIO DE LA DOCUMENTACION DEL	100 PORCIENTO DE LOS EVENTOS REPROTADOS Y ANALIZADOS	NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS/ NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS ANALIZADOS	79/79 100%
2	CAPACITACION AL PERSONAL SOBRE PROTOCOLOS DE EVENTOS ADVERSOS	LISTAS DE ASISTENCIA A LOS MISMOS	1. NO CONTAR CON LA DISPOSICION DE LOS TRABAJADORES	TOTAL DE LOS TRABAJADORES CAPACITADOS	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS/ NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	10/12. 83%
3	ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS O GUIAS DE MANEJO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	REGISTRO DE GUIAS, PROTOCOLOS, RESOLUCIONES	1. AUSENCIA DEL TRABAJADOR RESPONSABLE DEL PROGRAMA	TOTAL DE LOS PROTOCOLOS ACTUALIZADOS	NUMERO DE PROTOCOLOS ACTUALIZADOS/NUMERO DE PROTOCOLOS DEL PROGRAMA	3/8. 38%
4	REALIZACION DE RONDAS DE SEGURIDAD PARA LA VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE ADHERENCIA A PROCESOS SEGUROS	REALIZACION DE LISTAS DE CHEQUEO	1. NO CONTAR CON DISPOSICION DE EPP.	REALIZACION DE RONDAS SEMANALES	NUMERO DE RONDAS DE SEGURIDAD REALIZADAS/NUMERO DE RONDAS DE SEGURIDAD PROGRAMADAS	24/24. 100%
5	VERIFICACION EN HISTORIAS CLINICAS FISICAS Y MAGNETICAS LA IDENTIFICACION DE RIESGOS DE LOS PACIENTES	LISTAS DE AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS	1. FALLAS DEL SISTEMAS. 2. PERDIDA DE HISTORIAS FISICAS 3. PERDIDA DE DOCUMENTOS	5 HISTORIAS SEMANALES	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS AUDITADAS/NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS PROGRAMADAS	90/120. 75%

6	PRESENTACION DE INFORMES DE RIPS ANTE LA JUNTA DIRECTIVA	SOLICITUD DE CONCEPTO DEL IDS E INCLUSION EN EL ACTA DE LA JUNTA DIRECTIVA	1. NO ENTREGA DE CONCEPTO EN TIEMPOS PROGRAMADOS 2. CANCELACION DE JUNTAS PROGRAMADAS	4 ANUALES	NUMERO DE INFORMES DE RIPS PRESENTADOS/ NUMERO DE INFORMES DE RIPS PROGRAMADOS	3/4.	75%
---	--	--	---	-----------	---	------	-----

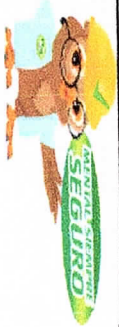
SECRETARÍA DE GERENCIA

número	procedimiento	controles a implementar	riesgo	meta	indicador	evaluación
1	<p>junta directiva 1) el tesorero responsable de la carpeta de acuerdo correspondiente a contabilidad me entrega la carpeta con soportes -concepto- acuerdo para radicar a los miembros de la junta. 2) se entrega un oficio a la gobernación solicitando la junta directiva para la fecha más próxima con los soportes entregados. 3) se realizan los oficios de invitación a los miembros de la junta directiva con los siguientes soportes (acta de junta anterior -orden del día- invitación-acuerdo-concepto-soportes) en una carpeta o por correo electrónico 4) el día de la junta se conectan los miembros y se realiza un acta de junta donde queda plasmado todo los comentarios y soportado la aprobación de los acuerdos presentados 5) deben llevarse a la gobernación para la firma a la gobernación 6) se reclama y archiva la carpeta.</p>	<p>1) paso de solicitud de junta 2) paso de carpeta para firma 3) paso de archivo de la carpeta</p>	<p>1) carpeta sin soportes completos ni firmas 2) que se pierda la carpeta</p>	100%	<p>una carpeta enviada para junta /cantidad de parte presentadas a junta</p>	<p>auditoria de revisión control interno</p>
2	<p>Resoluciones 1) se lleva un libro de radicado de consecutivo de resoluciones 2) cada área que requiera realizar una resolución solicita el número y deja el espacio para radicar con el sello la fecha y el número de la resolución 3) la resolución llega para la firma en tres original (uno para archivos originales) 4) se revisa y pasa para firma del gerente 5) cuando sale de gerencia se coloca número y fecha 6) se archiva en la carpeta de consecutivo de resoluciones y se devuelve a cada área los dos originales restantes.</p>	<p>1) solicitud de número de radicado 2) fechas de resolución consecutivos 3) archivo completo</p>	<p>1) carpeta sin soportes completos ni firmas 2) que se pierda la carpeta</p>	80%	<p>10 resoluciones del mes/total de resoluciones emitidas en el mes</p>	<p>auditoria de revisión control interno</p>

3	archivo 1) organización de las carpetas 2) contratación con las eps 3) juntas directivas 5) convenios docencia servicio 6) área jurídica -tutelas -derechos de petición	1) después de realizar el trámite de la documentación esta debe estar archivada en su respectiva carpeta	1) carpeta sin soportes completos ni firmas 2) que se pierda la carpeta	100%	carpetas al azar/ total de carpetas del archivo	auditoria de revisión control interno
4	correspondencia 1)ventanilla única de radicación - correspondencia a único correo hosmentalcuta@hotmail.com	1)en el primer piso existe una ventanilla única de correspondencia donde se coloca un numerador con fecha hora 2) en el correo institucional se reciben las solicitudes 3) se envían a el área correspondiente para su respectivo tramite	1) que se pierda algún documento y no sea respondido a tiempo 2) que no llegue a la área correspondiente o se tramite a otra área que no sea la responsable	100%	20 oficinas recibidos del mes / total de recibidos en físico Y por correspondencia	auditoria de revisión control interno
5	correspondencia enviada 1) se lleva un libro de consecutivo de libro radicación de emitida 2)cada área solicita e indica que asunto llevara el oficio 3) el oficio llega para la firma a la oficina de gerencia 4) se devuelve al área o se entrega al mensajero para la realización de su entrega 5) se devuelve saca fotocopia y devuelve al área que envió el oficio según corresponda	1) que se vaya sin el radicado 2) que no lleve las firmas de quien lo creo y quien lo reviso	1) no salgan completas 2) no lleven la firma	100%	20 oficinas enviados del mes / total de enviados	auditoria de revisión control interno

LABORATORIO CLÍNICO

UMER	PROCEDIMIENTO	CONTROLES A IMPLEMENTAR	RIESGO	META	INDICADOR	SEGUIMIENTO A LA FECHA
1	Revisión de temperaturas en el laboratorio clínico. Se realiza verificación de temperatura en el laboratorio clínico teniendo en cuenta la conservación y almacenamiento de reactivos y muestras, en el caso de los días no laborables se debe registrar la temperatura en el Primer actualización de protocolos o manuales del laboratorio clínico	Revisión diaria de registro de temperatura, debe realizarse en la jornada de la mañana y tarde en un horario establecido (8:00 am y 1:00 pm), el formato de registro	No revisar diariamente el nivel de temperatura de áreas o equipos (nevera) del laboratorio clínico implicaría posibles pérdidas de reactivos por deterioro y contaminación de los mismos, de igual forma la conservación de muestras se puede ver afectada.	total de días laborables deberan contar con registro y verificación de temperatura	2 REGISTROS DIARIOS POR FORMATO/ TOTAL DE REGISTROS 52	A la fecha se cuenta con registro y verificación diaria de temperatura, todos los formatos se encuentran diligenciados
2	SUPERVISIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE LABORATORIO CLÍNICO	verificaciones de manuales, revisión de resoluciones, actualización de protocolos	procedimientos desactualizados laboratorio clínico debe contar con protocolos, técnicas, métodos y principios en constante actualización	total de protocolos o manuales de laboratorio actualizados	numero de protocolos actualizados/ numero de protocolos del lab. Clínico	se encuentran en revisión para actualización y posteriormente su aprobación, después de su actualización se procede a la socialización de los mismos con el personal del laboratorio.
3	SEMAFORIZACION DE REACTIVOS DE LABORIO CLINICO, VERIFICACION DE FECHAS DE VENCIMIENTO.	formatos de control de reactivos (registro de reactivos, fecha de vencimiento), area de cuarentena	No revisar diariamente el estado de los equipos, puede traer como consecuencia un mal funcionamiento del mismo y por ende atrasos en los reportes de laboratorio por espera respuesta de mejora del mismo	total de días de uso de equipos deben contar con un registro de verificación de funcionamiento	1 registro/ 26 registros	todos los días se verifica y se registra el estado de los equipos, quedando como evidencia el formato de chequeo de cada equipo, se hace solicitud de mantenimientos de equipos para garantizar su correcto funcionamiento tomando las medidas preventivas de cada uno.
4			No revisar diariamente la fecha de vencimiento de reactivos traería como consecuencia la pérdida de los mismos. Lo cual generaría pérdidas económicas para el hospital.	total de reactivos semaforizado	numero de reactivos/ numero de reactivos semaforizados	encuentran semaforizados, registrados y supervisados y su uso se da de acuerdo a la fecha de vencimiento de cada uno, se crea un área de cuarentena con los reactivos con alerta de caducidad en las áreas de almacenamiento y se
5	LIMPIEZA Y DESINFECCION DE	formatos de registro, guías de manejo	limpieza y desinfección del laboratorio podría afectar al personal que labora en el mismo o una contaminación cruzada para las muestras del laboratorio.	desinfección diaria de áreas de	1 registro/ 26 registros	se realiza desinfección diaria de áreas y se programa un día de aseo general de áreas y superficies, se programa para el día sábado.



SEGUNDA LINEA DE DEFENSA DEPENDENCIA:

DIMENSIÓN SÉPTIMA CONTROL INTERNO MIPG

FCIG 1-3-1

FECHA: 14/01/2020

VERSI
ON 1

Número	Procedimiento	Controles a implementar	Riesgo	Meta	Indicador	Evaluación
1.	CONTRATACION	Control de consecutivos, lista de chequeo de requisitos,	Expedición de CDP sin autorización	100% de cumplimiento	Numero de solicitudes autorizadas/ Total de Solicitudes tramitadas	100%
2.	CONTRATACION	Control de consecutivos, lista de chequeo de requisitos,	No cumplimiento de Requisitos	100% de cumplimiento	Numero de contratos con el lleno de requisitos / Total Contratos suscritos	100%
3.	CONTRATACION	Control de consecutivos, lista de chequeo de requisitos,	Poliza sin cobertura	100% de cumplimiento	Numero de Pólizas verificadas / Total de pólizas solicitadas	100%
4.	CONTRATACION	Control de consecutivos, lista de chequeo de requisitos.	Acta de Inicio sin Firma	100% de cumplimiento	Numero de acta de inicio firmadas / total de actas de inicio suscritas	100%

7	TESORERIA	Verificación de soportes	Pago de cuenta sin documentación completa	100%	Numero de cuentas verificadas / Total de cuentas pagadas	100%
8	TESORERIA	Firmas conjuntas	Pagos sin autorizacion	100%	Numero de pagos autorizados / Total de pagos realizados	100%
9	TESORERIA	Conciliación Bancaria mensual	Faltante de dinero en las cuentas	100%	Numero de cuentas verificadas / Total de cuentas bancarias	100%

ALEXANDER ZAFRA L
Profesional Especializado

CONTABILIDAD

Nu	Procedimiento	Controles a Implementar	Riesgo	Meta	Indicador	Evaluación
1	Contabilización de las transacciones de la empresa	Verificación de los soportes que sustentan la transacción	Los soportes incompletos. Hallazgo administrativo en la contraloría	soportes completos	Registros revisados / Registros totales 559/559= 1	
2	Conciliaciones Bancarias	Verificación de la salidas y entradas de dinero con tesorería	Salida del banco incorre los valores se intercambia	La conciliación de tesorería con el extracto bancario	Conciliaciones Verificadas / Total de conciliaciones 4/8 = 0.50	
3	Elaboración de Informes financieros	Entrega en las fechas establecidas de las demás dependencias que conciliación de la información con todas las áreas involucradas	Inoportunidad en la entrega, Mala Imagen institucional La no entrega de la información a tiempo Hallazgo administrativo en la contraloría, IDS	Informes presentados a tiempo	Información revisada reportada en el trimestre / total informes reportados 2/4 = 0.50	

ROSA AYDE VILLAMIZAR
Contadora



SEGUNDA LINEA DE DEFENSA
DEPENDENCIA: CAJA MENOR Y RECAUDOS EN EFECTIVO
DIMENSIÓN SÉPTIMA CONTROL INTERNO MIPG



FCIG 1-3-1

FECHA: 14/01/2020

VERSION 1

Número	Procesamiento	Controles a implementar	Riesgo	Meta	Indicador	Evaluación
1.	CONSTITUCION DE LA CAJA MENOR	FORMALIZAR EL ACTO ADMINISTRATIVO DE LA CONSTITUCION DE LA CAJA MENOR PARA CADA VIGENCIA FISCAL	NO TENER CLARO LA CUANTIA, RUBROS PRESUPUESTALES AFECTADOS, UBICACION, RESPONSABILIDADES DE ADMINISTRACION Y MANEJO DE LA CAJA	SE ELABORA EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CONSTITUCION DE LA CAJA MENOR, IGUALMENTE SE DETALLA CUANTIA, RUBROS PRESUPUESTALES AFECTADOS, UBICACION, RESPONSABILIDADES DE ADMINISTRACION Y MANEJO DE LA CAJA MENOR, FINALIDAD Y CLASE DE GASTOS QUE SE PUEDEN REALIZAR, MANEJO DEL	1/1=100%	
2.	LEGALIZACION Y SOPORTE DE LOS GASTOS MENSUALES DE CAJA MENOR	ESTABLECER UN RECIBO PROVISIONAL, POR MEDIO DEL CUAL SE TENGA SOPORTE DEL MANEJO DE LOS RECURSOS	NO SE CUENTA CON LA EVIDENCIA, NI DOCUMENTO QUE SOPORTE LA ENTREGA DEL DINERO	SE ELABORA EL MANUAL DE MANEJO DE LA CAJA MENOR, DONDE SE ESTABLECE UN RECIBO PROVISIONAL QUE SOPORTE EL DINERO ENTREGADO	1/1=100%	
3.	REGISTRO DE LOS GASTOS MENSUALES DE LA CAJA MENOR, EN EL LIBRO CONTABLE	AUDITORIA POR PARTE DEL AREA CONTABLE DE LA ENTIDAD	NO REGISTRAR ADECUADAMENTE LOS GASTOS DE CAJA MENOR	SE LLEVA REGISTRO DE LAS OPERACIONES DE LOS GASTOS DEL MES, AUNQUE NO SE TIENE AUDITORIA POR PARTE DEL AREA CONTABLE PARA VERIFICAR QUE LOS SALDOS CORRESPONDAN	1/1= 100%	
4.	REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE CAJA MENOR	PRESENTAR LA LEGALIZACION DENTRO DE LOS CINCO PRIMEROS DIAS DEL MES SIGUIENTE, CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES LEGALES	RETRASO EN LOS PROCESOS CONTABLES PARA EL RESPECTIVO REEMBOLSO	SE CUMPLE CON EL 70% SIN EXCEDER EL RUBRO PRESUPUESTAL, EN FORMA MENSUAL	1/1= 100%	
5.	CONSIGNACION DEL RECAUDO PARTICULAR Y DE COPAGOS DIARIAMENTE	CREAR UN FORMATO DE ENTREGA DEL DINERO RECAUDADO, EN EL CUAL SE ESPECIFIQUE DIA DE ENTREGA, HORA Y QUIEN ES EL RESPONSABLE DE LA ENTREGA Y DEL QUE RECIBE	DESCUADRE EN EL TOTAL DEL RECAUDO, AL ACUMULAR VARIOS DIAS SIN CONSIGNAR	EL DINERO RECAUDADO POR COPAGOS Y CONSULTAS PARTICULARES, SE SIGUE ENTREGANDO A ESTA DEPENDENCIA CADA DOS DIAS, ES NECESARIO QUE SE AL DIA SIGUIENTE PARA QUE SEA ENVIADO A DEPOSITAR AL DIA SIGUIENTE CON EL MENSALERO	13/25= 52%	

SEGUNDA LINEA DE DEFENSA
DEPENDENCIA: ALMACÉN Y SUMINISTROS
DIMENSION SÉPTIMA CONTROL INTERNO MIPG

Nombre	Procedimiento	Controles a implementar	Riesgo	Mera	Indicador	Evaluación	Resultado del seguimiento o a corte de
1.	RECEPCIÓN O ENTRADA DE INSUMOS DE PAPELERIA, SISTEMAS, ASO GENERAL, EQUIPOS (ELECTRONICOS Y MANUALES) - Recepción de la mercancía al PROVEEDOR O CONTRATISTA - Verificación del estado general de los insumos - Recepción técnica de los productos	Se considera que se necesitan implementar controles al proceso en cuanto a la recepción de los insumos.	La falta de control puede generar riesgos en referencia a: - Carecer de insumos requeridos por la institución - Incremento por baja de insumos por vencimiento o deterioro.	100% se implementa un protocolo institucional para la Recepción insumos, productor y programación de mantenimientos para los equipos (Electrónicos y Manuales)	N. Recepciones realizadas N. Recepciones programadas	Control Interno, revisar y evaluar el cumplimiento o.	Se realiza desde el mes de Noviembre, los controles al proceso de recepción de insumos
2.	SEMAFORIZACIÓN Y CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO, CONTROL DE EXISTENCIAS -Control de fechas de vencimiento de los productos e insumos - Almacenamiento en el área respectiva.	Se considera implementar un mayor control sobre la semaforización de todos los productos e insumos, dispositivos electrónicos y manuales	La falta de semaforización genera un riesgo referente a: - Fallos en los equipos por mantenimiento	90% semaforización total de todos los productos e insumos y la programación de mantenimientos de los equipos y dispositivos electrónicos y manuales según sea el caso.	N. productos semaforizados N. Total de productos recepcionados	Control Interno, revisar y evaluar el cumplimiento o	100% Se realizó la semaforización de todos los productos e insumos.
3.	ALMACENAMIENTO DE LOS PRODUCTOS E INSUMOS, INVENTARIO DE PRODUCTOS DE CONSUMO - Almacenamiento general - Identificación de los activos por medio de un código	Se considera que se necesita implementar un mayor control sobre el almacenamiento de los productos en el área de bodega Inventario de todos los activos fijos y de Consumo	La falta de Control puede generar alteraciones y cambios en productos e insumos y el deterioro de los mismos.	100% se mejora y organizó el almacén y la bodega de almacenamiento. Se realizó un inventario general de los activos fijos Se adopta medidas para la reorganización y detención de los activos fijos de la ESS	N. actividades no.	Control Interno, revisar y evaluar el cumplimiento	100% Se realizó el control sobre el almacenamiento de productos en el área de almacenamiento de productos en el área de almacén y se realizó un inventario de los activos fijos y de consumo.
4.	REALIZACIÓN DE SALIDAS DE ALMACÉN/BODEGA DE LOS ARTICULOS Y ACTIVOS FIJOS A LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS - Realización de las salidas con su respectivo serial - Asignación del responsable de los activos fijos de cada dependencia	Se estima que se debe realizar la etiqueta de cada Activo fijo y asignar a cada responsable, como también determinar el estado que tiene en el momento cada activo fijo.	la carencia de este proceso puede ocasionar una pérdida o deterioro de los activos fijos y/o de consumo. Desconocimiento financiero y fiscal de la institución	90% Se etiquetó cada activo fijo y se asignó cada responsable por área o servicio. Se elaboró detalladamente el informe mensual de las salidas de almacén y/o bodega	N. informe mensual /	Control Interno, revisar y evaluar el cumplimiento o.	100% se cumplió un 70% la etiqueta de los activos fijos y se detecta cada responsable de cada

5.	IMPLEMENTACION DE HORARIOS PARA LA ENTREGA DE LOS INSUMOS Y ARTICULOS Establecer un horario para la entrega de los insumos y articulos que salen de almacén	se debe generar un horario para la entrega de los insumos, articulos que salen del almacén	La carencia de control en este caso puede ocasionar la falta en la entrega de la informacion que emite el area de suministro y/o almacén	100% Se elaboró y dio a conocer un horario de entrega de los insumos y articulos que salen de almacén	Horario de entrega de suministros	Control interno, revisará y evaluará el cumplimiento.	100% Se cumplió a cabalidad la implementación del nuevo horario de entrega de insumos y articulos que salen de almacén
----	---	--	--	--	-----------------------------------	---	---