



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD

© Nivel Integrado de Servicios  
de Salud Sur E.S.E.

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

### INFORME DE CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-03 V1

<b>Fecha:</b>	Diciembre 12 de 2018
<b>Nombre:</b>	Informe de Seguimiento a la Gestión del Riesgo - Mapa de Riesgos Institucional.
<b>Responsable</b>	Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
<b>OBJETIVO:</b>	Verificar las acciones que la entidad realiza para mitigar los riesgos planteados en el “Mapa de Riesgos de procesos”.
<b>ALCANCE:</b>	Desde el seguimiento a la adherencia al enfoque del Manual Administración del Riesgo DI-GRI-MA-01-V1, a las políticas Sistema Integral para la Administración del Riesgo “MI-FT-25-V2 y Política de Acceso a la Información Pública MI-FT-25 V1; hasta los resultados registrados en el Mapa de Riesgos Institucional.

### RESULTADOS OBTENIDOS

Teniendo en cuenta que la evaluación del riesgo es un proceso efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, que se caracteriza por ser continuo y permitir la identificación de acontecimientos potenciales que afecten la consecución de sus objetivos, la Oficina de Control Interno en desarrollo de la tercera línea de defensa establecida por el MIPG y cumpliendo con la labor de seguimiento señalada en el Decreto 215 de 2017, efectuó verificación de las acciones planteadas para mitigar los riesgos así:

La entidad durante la vigencia identificó inicialmente en su mapa de riesgos institucional (60) riesgos para todos los procesos con los que opera, posteriormente ajusta el mapa con (90) riesgos, que deben ser objeto de gestión y aplicación de la nueva Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas - Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Versión 4 - Octubre de 2018

Al verificar el mapa de riesgos se evidencia que en la matriz operativa no se registran todos los ítems correspondientes a las herramientas para ejercer el control y el seguimiento al control (evidenciado en los procesos de Contratación, Participación social y atención al ciudadano y Ejecución de alternativas para el cuidado de la salud) con lo que se define el análisis y valoración del riesgo.

Se observa que la entidad cuenta con el Manual Administración del Riesgo “DI-GRI-MA-01-V1” sin embargo, esta OCI no recibió soporte de la gestión adelantada por los diferentes responsables descritos en el documento establecido en los numerales 8.2.1 a 8.2.6.

Se observó en las auditorías realizadas por la OCI materialización de riesgos, evidenciando la falta de control y monitoreo por lo que se hace necesario crear nuevos controles, modificar los controles existentes, crear actividades de corrección inmediata y/o establecer planes de mejora que busquen reducir la exposición de la entidad.

La entidad, establece la Política de Acceso a la Información Pública MI-FT-25 V1 que corresponde a la Política de Transparencia como lo ordena el estatuto anticorrupción y que contempla los objetivos: “Publicación de la información pública” en el marco de la Ley 1712 de 2012 y “Garantizar el derecho fundamental de la población al acceso de la información de la entidad” con sus respectivos indicadores.

En el marco de MIPG Decreto 1499 de 2017 y teniendo en cuenta la calificación del autodiagnóstico de la Gestión Política de Transparencia y Acceso a la Información en la categoría transparencia activa, se identifica que los colaboradores no reconocen el plan anticorrupción como herramienta fundamental para la prevención de hechos de corrupción.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
S.M.U.D.

© Nivel Integrado de Servicios  
de Salud Sur E.S.E.

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

**INFORME DE CONTROL INTERNO**

**GP-GPA-FT-03 V1**

### RECOMENDACIONES:

1. Ajustar el documento institucional, Manual Administración del Riesgo "DI-GRI-MA-01-V1" a la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 4 de la Función Pública.
2. Diligenciar a completitud el formato de mapa de riesgos haciendo el análisis y valoración de cada uno de los riesgos según corresponda.
3. Dar cumplimiento a lo establecido en el Manual Administración del Riesgo "DI-GRI-MA-01-V1" a lo descrito en la estructura organizacional del SIAR.
4. Seguimiento a la adherencia por los responsables al Manual Administración del Riesgo "DI-GRI-MA-01-V1" formulando la correspondiente ficha del indicador.
5. Presentar informe de seguimiento de la Política Sistema Integral para la Administración del Riesgo "MI-FT-25-V2" página 4 del documento mencionado y que establece los siguientes indicadores:
  - Seguimiento a riesgos institucionales
  - Cobertura en capacitación en gestión del riesgo
  - Disminución de riesgos materializados por la misma causa y
  - Porcentaje de satisfacción de los usuarios.
6. Dar cumplimiento a la metodología adoptada en la Manual para la Administración del Riesgo dando cumplimiento a lo descrito en los numerales 8.4.1 al 8.4.6 del documento.
7. Monitorear a través de los indicadores formulados la política de acceso a la información pública.
8. Implementar estrategias para fortalecer el conocimiento y apropiación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano por parte de los colaboradores de la entidad.

<i>Firma:</i> <b>ORIGINAL FIRMADO</b>	<i>Firma:</i> <b>ORIGINAL FIRMADO</b>
<b>AUDITOR Y/O TECNICO</b>	<b>JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>
<i>Nombre:</i> Luis A. Rodríguez C. – Prof. Especializado OCI. Betty Y. Gonzalez G. – Odontólogo OCI.	<i>Nombre:</i> Gloria Esperanza Acevedo