

**Nombre del Informe, seguimiento o evaluación:**

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL POR PROCESO  
N° Informe OCI-SISSO-SL-2022-01

**Auditor(es) responsable(s) del seguimiento o evaluación:**

Ana Lucía Arias Gómez  
Víctor Andrey Sánchez Aguirre  
Angélica del Pilar Sánchez Pacheco  
Carmen Mireya Reyes Moreno  
Lida Inés Aponte Espitia  
Luis Carlos Conde Sánchez  
Soraya Paredes Muñoz  
José William Forero Jimenez  
William José Tovar Pabón

**Fecha:**

16 de febrero de 2022

## I. OBJETIVO

Realizar el seguimiento y evaluación independiente a la gestión del riesgo por proceso de la vigencia 2021 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

## II. MARCO LEGAL

- **Ley 87 de 1993** “*Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.*”
- **Decreto 1083 de 2015** “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública*”, artículo 2.2.21.5.3 “*Las (...) Oficinas de Control Interno (...) desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control.*”
- **Decreto 1499 de 2017** “*Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, (...), en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.*”
- Manual Operativo del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión**, versión 4, marzo de 2021.
- **Decreto 807 de 2019** “*Por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital (...).*”
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 4 de octubre 2018 y versión 5 de diciembre 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP
- Política Gestión del Riesgo y Control Interno (Código 01-01-OD-0008), versión 3 - Subred Sur Occidente E.S.E.

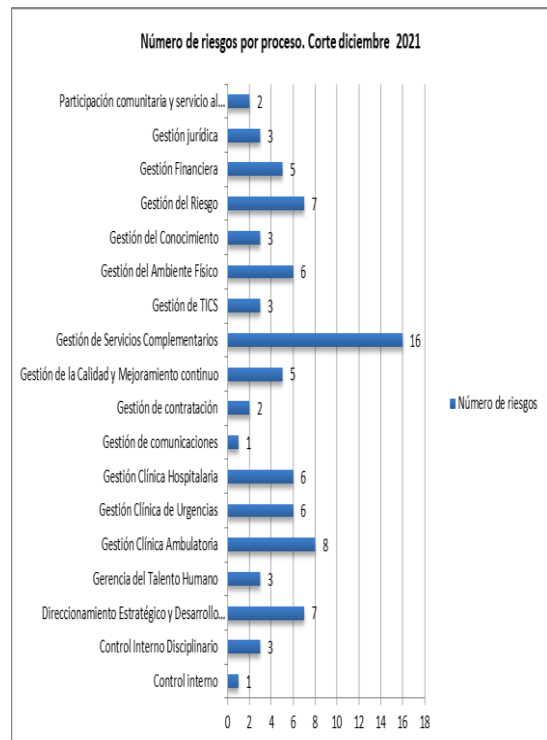
- Guía de Administración del Riesgo (Código 01-01-GI-0002), versión 5 - Subred Sur Occidente E.S.E.

### III. DESARROLLO

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia 2022, y teniendo en cuenta que, la Oficina de Control Interno es la encargada de evaluar de manera independiente el Sistema de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y en el marco del rol de evaluación de la gestión del riesgo, previsto en el 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015 (modificado por el artículo 17 del Decreto 648 de 2017), se llevó a cabo las acciones necesarias para realizar el seguimiento y evaluación a la gestión del riesgo institucional tomando como insumo los mapas de riesgos de los procesos de la vigencia 2021, cuya fuente principal la constituye el aplicativo Almera, dado que, en este aplicativo se encuentran consignados los mapas de riesgos de la Subred, seguimientos de primera, segunda y tercera línea de defensa, así como las evidencias aportadas por los responsables de los procesos.

En el análisis de la información previa, la Oficina de Control Interno observó que al 31 de diciembre de 2021 la Subred contaba con 87 riesgos distribuidos por proceso, de la siguiente manera:

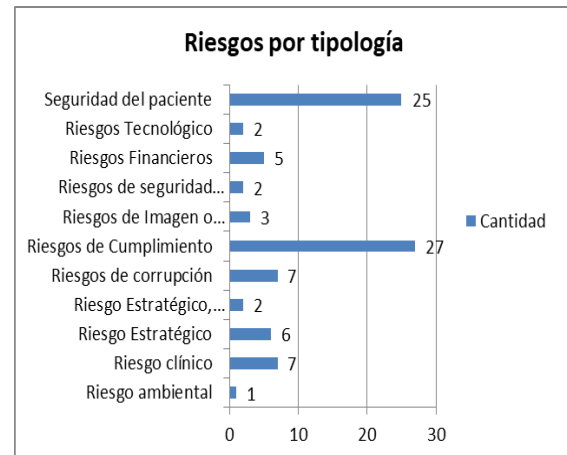
PROCESOS	Número de Riesgos
Control interno	1
Control Interno Disciplinario	3
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	7
Gerencia del Talento Humano	3
Gestión Clínica Ambulatoria	8
Gestión Clínica de Urgencias	6
Gestión Clínica Hospitalaria	6
Gestión de comunicaciones	1
Gestión de contratación	2
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo	5
Gestión de Servicios Complementarios	16
Gestión de TICS	3
Gestión del Ambiente Físico	6
Gestión del Conocimiento	3
Gestión del Riesgo	7
Gestión Financiera	5
Gestión jurídica	3
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	2
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>87</b>



Fuente: Matrices de riesgos por proceso al 31-dic-2021 - aplicativo ALMERA

### TIPOLOGÍA DE RIESGO

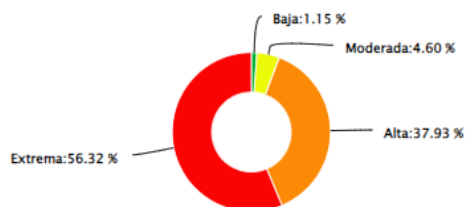
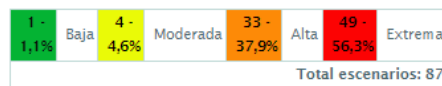
TIPOLOGIA	Cantidad
Riesgo ambiental	1
Riesgo clínico	7
Riesgo Estratégico	6
Riesgo Estratégico, Riesgos de Cumplimiento	2
Riesgos de corrupción	7
Riesgos de Cumplimiento	27
Riesgos de Imagen o reputacional	3
Riesgos de seguridad digital	2
Riesgos Financieros	5
Riesgos Tecnológico	2
Seguridad del paciente	25
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>87</b>



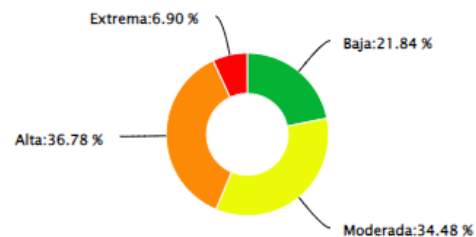
Fuente: Matrices de riesgos por proceso al 31-dic-2021 aplicativo ALMERA

Con relación a la zona de calor de los riesgos institucionales, éstos se desagregan de la siguiente forma:

**RIESGO INHERENTE**



**RIESGO RESIDUAL**



Fuente: Imágenes Almera

PROCESO	RIESGOS	CONTROLES
Control interno	1	1
Control Interno Disciplinario	3	11
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	7	25
Gerencia del Talento Humano	3	11
Gestión Clínica Ambulatoria	8	24
Gestión Clínica de Urgencias	6	15
Gestión Clínica Hospitalaria	6	15
Gestión de comunicaciones	1	3
Gestión de contratación	2	2
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo	5	35
Gestión de Servicios Complementarios	16	54
Gestión de TICS	3	10
Gestión del Ambiente Físico	6	38
Gestión del Conocimiento	3	5
Gestión del Riesgo	7	24

PROCESO	RIESGOS	CONTROLES
Gestión Financiera	5	13
Gestión jurídica	3	8
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	2	11
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>87</b>	<b>305</b>

Fuente: Matrices de riesgos por proceso al 31-dic-2021 aplicativo ALMERA

#### IV. CONCLUSIONES / OBSERVACIONES



De acuerdo con el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se presentan las siguientes observaciones:

METODOLOGÍA	SI	NO	OBSERVACIONES OCI FRENTE A LA GUIA DAFP V5 -2020
<b>Paso 1: Política de Gestión de Riesgo</b>			
1.1 Lineamientos de la Política de Riesgos	X		<p>La entidad cuenta con una Política de Gestión del Riesgo y Control Interno (Código 01-01-OD-0008) actualizada en su versión 3 el 12-dic-2020 y una Guía de Administración del Riesgo (Código 01-01-GI-0002) actualizada en su versión 5 el 14-jul-2021.</p> <p>Se recomienda separar la Política de Gestión del Riesgo de la Política de Control Interno, teniendo en cuenta que, en la Política de Gestión del Riesgo se establecen los lineamiento precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento de los riesgos, y en la Política de Control Interno se establecen los requisitos que se deben cumplir para la implementación y funcionamiento adecuado del Sistema de Control Interno de la Subred, su separación facilitaría mayor adherencia por parte de los responsables de su implementación y/o cumplimiento.</p> <p>Así mismo, se recomienda tener en cuenta la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP, para la actualización de la guía de riesgos institucional y para la construcción de las matrices de riesgos.</p>
Objetivo	X		<p>La Política cuenta con objetivo; sin embargo, el objetivo registrado en la política es diferente al registrado en la "Guía de administración del riesgo de la entidad" y en el "cuadro de mando de la política del riesgo y control interno"; adicionalmente, se evidencia que los indicadores medidos en el cuadro de mando de políticas, difieren de los registrados en la ficha técnica vigente de la política de riesgos y control interno.</p> <p>Por lo anterior, la Oficina de Control Interno recomienda a la entidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la pertinencia de evaluar una política de gestión del riesgo y control interno a partir de indicadores y hacer extensiva esta revisión a todas las políticas institucionales.</li> <li>• Revisar que todos los indicadores medidos en el cuadro de mando de las políticas, coincidan con los establecidos en las fichas técnicas vigentes de cada política.</li> <li>• Contar con fichas técnicas de los indicadores que miden las políticas y que los resultados y evidencias se encuentren disponibles en el aplicativo Almera.</li> </ul>
Alcance: Contexto	X		<p>En la documentación informativa de los procesos que reposa en el aplicativo Almera, mediante un archivo en Excel, y la identificación de "riesgos" del mismo aplicativo para la gestión del riesgo, reportan un contexto que data de diciembre de 2018, y debido a que la Subred actualizó su plataforma estratégica en diciembre de 2020 (Acuerdo 199 del 18-dic-2020), es necesario que éste se actualice. Es de tener en cuenta que, el contexto debe analizarse y actualizarse anualmente.</p>
Niveles de aceptación del riesgo	X		Registrados en la política institucional.

METODOLOGÍA	SI	NO	OBSERVACIONES OCI FRENTE A LA GUIA DAFP V5 -2020
Niveles para calificar el impacto	X		La Guía institucional para la gestión del riesgo no se encuentra alineada con lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (versión 5).
Tratamiento del riesgo	X		De acuerdo con la guía institucional para administración de riesgo, los riesgos residuales valorados como bajos pueden ser aceptados o evitados y solicita planes de mejora para los riesgos residuales catalogados como extremos, altos y moderados, de lo cual no hay evidencia de implementación.
Periodicidad para el seguimiento de acuerdo con el riesgo residual	X		La política institucional registra los niveles de aceptación del riesgo; sin embargo, en el módulo de riesgos del aplicativo Almera, los riesgos operacionales catalogados como altos y extremos no cuentan con el monitoreo mensual establecido en la política.
1.2 Marco conceptual para el apetito del riesgo		X	<p>No se encuentran claramente definidos el apetito, tolerancia y capacidad para cada uno de los riesgos identificados.</p> <p>En las fichas técnicas de los riesgos se establecen dos indicadores: "Porcentaje de eficacia riesgos identificados" y "Porcentaje de efectividad materialización de riesgos", cuya redacción no es clara frente al resultado esperado.</p> <p>En cuanto a la eficacia y efectividad medidas, la entidad establece unas metas generales que podrían interpretarse como un porcentaje de aceptación en la materialización del riesgo y en el cumplimiento parcial de los controles afectando las medidas para prevenir la materialización del riesgo.</p>
<b>Paso 2: identificación del riesgo</b>			
2.1 Análisis de objetivos estratégicos y de los procesos	X		Se sugiere revisar la nueva plataforma estratégica y el contexto estratégico, con el fin de alinearlos con los mapas de procesos y que puedan generar cambios significativos en los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
2.2 Identificación de los puntos de riesgo		X	No se visualiza la identificación de puntos de riesgo.
2.3 Identificación de áreas de impacto		X	No es clara la identificación de las áreas de impacto y su asociación con los riesgos identificados.
2.4 Identificación de áreas de factores de riesgo		X	<p>No se evidencian los factores de riesgo en la guía institucional y su análisis en el contexto.</p> <p>De conformidad con la Resolución 193 de 2016 de la Contaduría General de la Nación -CGN, se hace necesario la implementación de controles que permitan mitigar la ocurrencia de eventos, tanto internos como externos, que afectan el proceso contable y por consiguiente impidan la generación de información financiera con las características fundamentales de relevancia y representación fiel establecidas en el Régimen de Contabilidad Pública.</p> <p>También se debe revisar y, aplicar lo pertinente, de lo establecido por la Circular Externa de la Supe salud 20211700000004-5 de 2021.</p>
2.5 Descripción del riesgo	X		<p>Existen diferencias entre la metodología propuesta por la guía del DAFP y la propuesta en la guía institucional, situación que dificultan determinar la adecuada descripción de los riesgos.</p> <p>Se evidencian debilidades en la identificación de los riesgos.</p>
2.6 Clasificación del riesgo	X		La clasificación utilizada por la entidad difiere de la clasificación propuesta por la Guía del DAFP de diciembre 2020.

METODOLOGÍA	SI	NO	OBSERVACIONES OCI FRENTE A LA GUIA DAFP V5 -2020
<b>Paso 3: valoración del riesgo</b>			
3.1 Análisis de riesgos	X		Cuenta con metodología para la valoración del riesgo (establecer probabilidad e impacto); sin embargo, se sugiere a la entidad acogerse a la metodología de la última versión de la Guía DAFP para la administración del riesgo (versión 5).
3.2 Evaluación de riesgos	X		Se evidencia evaluación de los riesgos institucionales; no obstante, se recomienda que exista una metodología que permita establecer con claridad a qué se refiere o cuándo se presenta materialización de un riesgo, y su efecto en la matriz de riesgos.
3.2.1 Análisis preliminar (riesgo inherente)	X		La entidad cuenta con una metodología y un aplicativo para el registro de la valoración del riesgo inherente. Se sugiere a la entidad adherirse a la nueva matriz de calor establecida en la Guía DAFP para la administración del riesgo (versión 5 – 2020) y hacerla extensiva a los riesgos de corrupción y de seguridad de la información.
<b>3.2.2 Valoración de controles</b>			
3.2.2.1 Estructura para la descripción del control	X		Se sugiere utilizar la estructura para la descripción del control establecida en la Guía DAFP (Versión 5).
3.2.2.2 Tipología de controles y los procesos	X		La guía institucional para la gestión del riesgo contempla dos clases de controles: preventivo y detectivo. Se recomienda a la entidad completar las tipologías con los controles correctivos, con el fin de atacar el impacto frente a la materialización del riesgo.
3.2.2.3 Análisis y evaluación de los controles	X		La entidad ha definido 305 controles para los 87 riesgos identificados. Si bien existe un registro del análisis de los controles, no hay evidencias que sustenten la valoración obtenida en el módulo de riesgos del aplicativo Almera. Adicionalmente, tampoco hace referencia a la evaluación de los controles manuales y automáticos, necesarios para la evaluación de los atributos de eficiencia del control. Se requiere fortalecer las actividades de la primera y segunda línea de defensa. Por parte de la primera línea de defensa, se debe asegurar el desarrollo e implementación de los procesos de control y gestión de riesgos y la segunda línea de defensa requiere asegurar que “los controles y los procesos de gestión de riesgos implementados por la primera línea de defensa, estén diseñados apropiadamente y funcionen como se pretende” (Guía DAFP versión 5, 2020). Durante la revisión efectuada por la OCI se observaron controles que no se encuentran operando según la periodicidad establecida. Revisar y ajustar las líneas de defensa y sus responsabilidades, de acuerdo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG. Se observaron causas sin controles y debilidad en la alineación del riesgo, causas y consecuencias. Se observaron actividades definidas como controles, pero no tienen tal tipología. Por todo lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta limitaciones para manifestarse en cuanto a la efectividad de los controles y la materialización del riesgo. Se observan debilidades frente a las evidencias de cumplimiento de los controles.
3.3 Estrategias para combatir el riesgo	X		La guía institucional para la gestión del riesgo define las opciones de reducir, aceptar, evitar y compartir el riesgo; sin embargo, las definiciones difieren de las establecidas en la guía de la administración del riesgo del DAFP (Versión 5), indicando para la opción “aceptar” que no es necesario poner controles y este puede ser aceptado. Debería aplicar para riesgos inherentes en la zona de calificación de riesgo bajo.

METODOLOGÍA	SI	NO	OBSERVACIONES OCI FRENTE A LA GUIA DAFP V5 -2020
3.4 Herramientas para la gestión del riesgo		X	Se recomienda a la entidad contar con una base histórica de eventos y análisis de los controles y tener en cuenta los riesgos identificados en las auditorías ejecutadas por la Oficina de Control Interno, los cuales se encuentran registrados en todos los informes emitidos y publicados en página web de la entidad; además, contar con un listado de indicadores clave de riesgo.
3.5 Monitoreo y revisión	X		<p>De los siete (7) riesgos de corrupción identificados, el riesgo residual de "Prácticas indebidas para beneficio propio o de particular durante el desarrollo de las acciones propias de vigilancia sanitaria" fue catalogado con riesgo residual bajo; de acuerdo con la Guía del DAFP 2020, la zona de severidad de los riesgos de corrupción no puede ser baja.</p> <p>Con relación a los indicadores de eficacia y efectividad de la entidad, la mayoría no cuenta con el resultado del indicador para la vigencia 2021. Si bien la entidad no reporta riesgos materializados, en el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se observó que el análisis reportado por el autocontrol podría ser interpretado como materialización del riesgo. De otra parte, se detectaron falencias en el cumplimiento de la periodicidad establecida para el seguimiento de los controles. En el sistema de gestión integral (aplicativo Almera) en el menú riesgo se ubica el riesgo 5 con código 06-RI-0005 5 "Bajo adherencia al protocolo de vacunación y Bioseguridad (PAI)", no concuerda el enunciado del mismo al exportar en pestaña medición del mismo sistema Institucional, se describe el riesgo "6. Bajo adherencia al protocolo de Bioseguridad en al Plan Ampliado de Inmunizaciones"; lo mismo se evidencia en el indicador del riesgo 2 con código 06-RI-0002 "2. Inadecuado control clínico del riesgo de complicación para las enfermedades crónicas en la población asignada", no concuerda el enunciado del mismo al exportar en pestaña medición se describe el riesgo "3. Incremento en el perfil de morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas en la población asignada."</p> <p>Existe diferencia en la cantidad de los riesgos descritos en el Sistema de Gestión Integral (aplicativo Almera) para el proceso Gestión del Riesgo en Salud; los riesgos del proceso para la vigencia 2021 en el menú "Riesgos" reporta un total de 7 riesgos, y en el menú "Mediciones" reporta un total de 6.</p> <p>No se evidencia el riesgo "6. <i>No detectar oportunamente signos y síntomas en pacientes a quienes por la modalidad de telemedicina no se les puede tomar signos vitales y medidas antropométricas lo que genera riesgos de complicaciones por su patología base o riesgos de patologías de nuevas.</i>"</p>
4. Lineamientos sobre los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción y seguridad digital		X	<p>La Oficina de Control Interno emitió un informe de auditoría sobre los riesgos de corrupción de la vigencia 2021, el cual generó un plan de mejora que actualmente se encuentra en desarrollo en el aplicativo Almera.</p> <p>La Oficina de Control Interno sugiere revisar la política de gobierno digital, actualizar el indicador y aclarar la meta.</p> <p>La Subred Sur Occidente ESE, de conformidad con lo establecido en la normatividad legal vigente actualizó el Plan Estratégico de Tecnología y Comunicaciones (PETIC) y cuenta con la "Guía levantamiento inventario de activos de información" e "Inventario activos de información - todos los procesos".</p> <p>Se recomienda a la entidad incluir en la matriz de riesgos por proceso, los tres tipos de riesgo de seguridad digital establecidos en la Guía DAFP (versión 5).</p>

	<b>FORMATO DE INFORME, SEGUIMIENTO O EVALUACION DE CONTROL INTERNO</b>	Versión:	<b>1</b>	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	<b>18/02/2019</b>	
		Código:	<b>17-00-FO-0009</b>	

## V. RECOMENDACIONES

- Analizar si los controles definidos en los riesgos mitigan las causas identificadas como generadoras de los mismos, en caso contrario, ejecutar las acciones pertinentes hasta lograr que los controles estén alineados con las causas, así mismo revisar las acciones de control para su monitoreo y seguimiento.
- Implementar o incrementar acciones de adherencia para fortalecer el cumplimiento de los controles en la periodicidad establecida, mejorar los soportes aportados de su cumplimiento y evidencia de los controles registrados.
- Determinar el nivel, capacidad, tolerancia y apetito de los riesgos, revisar los riesgos y contexto, teniendo en cuenta el cambio de la nueva plataforma estratégica y su asociación con los objetivos estratégicos.
- Fortalecer la identificación, diseño y efectividad de los controles, documentar la metodología para detectar los riesgos materializados o situaciones que se asimilan, y mejorar la definición y medición de los indicadores de eficacia y efectividad.
- Adaptar o adoptar la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 - diciembre de 2020, del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Capacitar a los gestores y equipos de trabajo en cuanto a la nueva guía, actualizar y ajustar la información en el aplicativo Almera.
- Tener en cuenta las observaciones de la Oficina de Control Interno frente a la Guía DAFP V5 -2020 y analizar la posible inclusión de los riesgos evidenciados por la Oficina de Control Interno y reportados en los informes de auditoría.

**Nota:** La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional de la Administración de la Subred Sur Occidente, más se incentiva la consideración de las "Recomendaciones" para los planes de mejoramiento a que haya lugar.

Bogotá D.C., 17 de febrero de 2022

  
**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA**  
 Jefe Oficina de Control Interno