MORENO & CLAVIJO
Empresa Social del Estado Departamental
CONSTRUYENDO FUTURO
WWW.ESEMORENOYCLAVIJO.GOV.CO

Informe Mapa de Riesgos I Cuatrimestre

PLANEACIÓN
ESE MORENO Y CLAVIJO

2023

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION..... 3
1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO..... 4
1.1 MISIÓN..... 4
1.2 VISIÓN. 4
1.3 PRINCIPIOS..... 4
1.4 VALORES..... 4
1.5 MAPA DE PROCESOS..... 5
1.6 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN..... 5
2. CRONOGRAMA SEGUMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL. 6
3. METODOLOGÍA. 9
4. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO..... 9
4.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS..... 8
4.1.1 PLANEACION 8
4.1.2 COMUNICACIONES. 8
4.1.3 GARANTIA DE LA CALIDA 8
4.2 PROCESOS MISIONALES..... 9
4.2.1 SUBGERENCIA EN SALUD. 9
4.2.1 HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME..... 12
4.2.2 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL..... 15
4.2.3 HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA..... 17
4.2.4 HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE..... 19
4.2.5 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS..... 21
4.2.6 HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI 24
4.2.7 CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL..... 27
4.2.8 CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ. 29
4.3 PROCESOS DE APOYO..... 31
4.3.1 SUBGERENCIA FINANCIERA 31
4.3.2 PRESUPUESTO. 31
4.3.3 CONTABILIDAD. 31
4.3.4 CARTERA. 32

4.3.5 RECURSOS FISICOS 32
4.3.6 TESORERIA. 33
4.3.7 FACTURACIÓN. 33
4.3.8 GESTIÓN DOCUMENTAL. 34
4.3.9 TALENTO HUMANO. 34
4.3.10 GESTIÓN DE SISTEMAS. 35
4.3.11 GESTIÓN AMBIENTAL. 36
4.3.12 GESTION DE CALIDAD. 36
4.4 PROCESOs DE EVALUACIÓN. 37
4.4.2 GESTIÓN JÚRIDICA: 37
4.4.3 CONTROL INTERNO: 37
5. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES. 38

INTRODUCCION

En cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 1499 de 2017, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de diciembre de 2020, y demás normas concordantes, desde la oficina de planeación se le realiza Monitoreo al Mapa de Riesgos 2023, tomando la información de cada uno de los procesos que componen la ESE Moreno y Clavijo.

Con lo anterior, se busca validar las acciones propuestas para eliminar o mitigar los riesgos más relevantes, que afectan directamente a la entidad, como el de corrupción, identificados y valorados dentro del Mapa de Riesgos Institucional 2023.

La entidad está comprometida en cada una de sus áreas, en darle cumplimiento a las acciones planteadas, levantando sus evidencias para erradicar los riesgos de los procesos, parametrizando cada uno de ellos y buscando siempre el bienestar colectivo de los usuarios y empleados.

Para lograr lo aquí planteado, se envió Circular No 008 del 21 de abril de 2023 a los correos institucionales, con el cronograma, para después visitar a cada uno de los líderes de procesos, haciendo el Monitoreo Institucional y así validar de primera mano la información sobre las actividades o acciones tomadas con el Mapa de Riesgos Institucional. Con ellos se validaron informes de gestión con cada uno de los directores, coordinadores y personal responsable.

1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

1.1 MISIÓN.

La ESE Departamental Moreno y Clavijo de Arauca, ofrece sus servicios a través de un Modelo de Prestación Integral en Salud, con énfasis en atención primaria, cumplimiento de atributos de calidad, eficiencia administrativa y financiera, logrando la afectación positiva de los determinantes sociales de nuestros usuarios.

1.2 VISIÓN.

En el año 2031 seremos la Empresa Social del Estado líder en la Orinoquía en prestación de servicios integrales de salud con estándares superiores de calidad y un equipo interdisciplinario con sentido de pertenecía, garantizando una atención humanizada a los usuarios y sus familias, enmarcados en la sostenibilidad social, ambiental y económica.

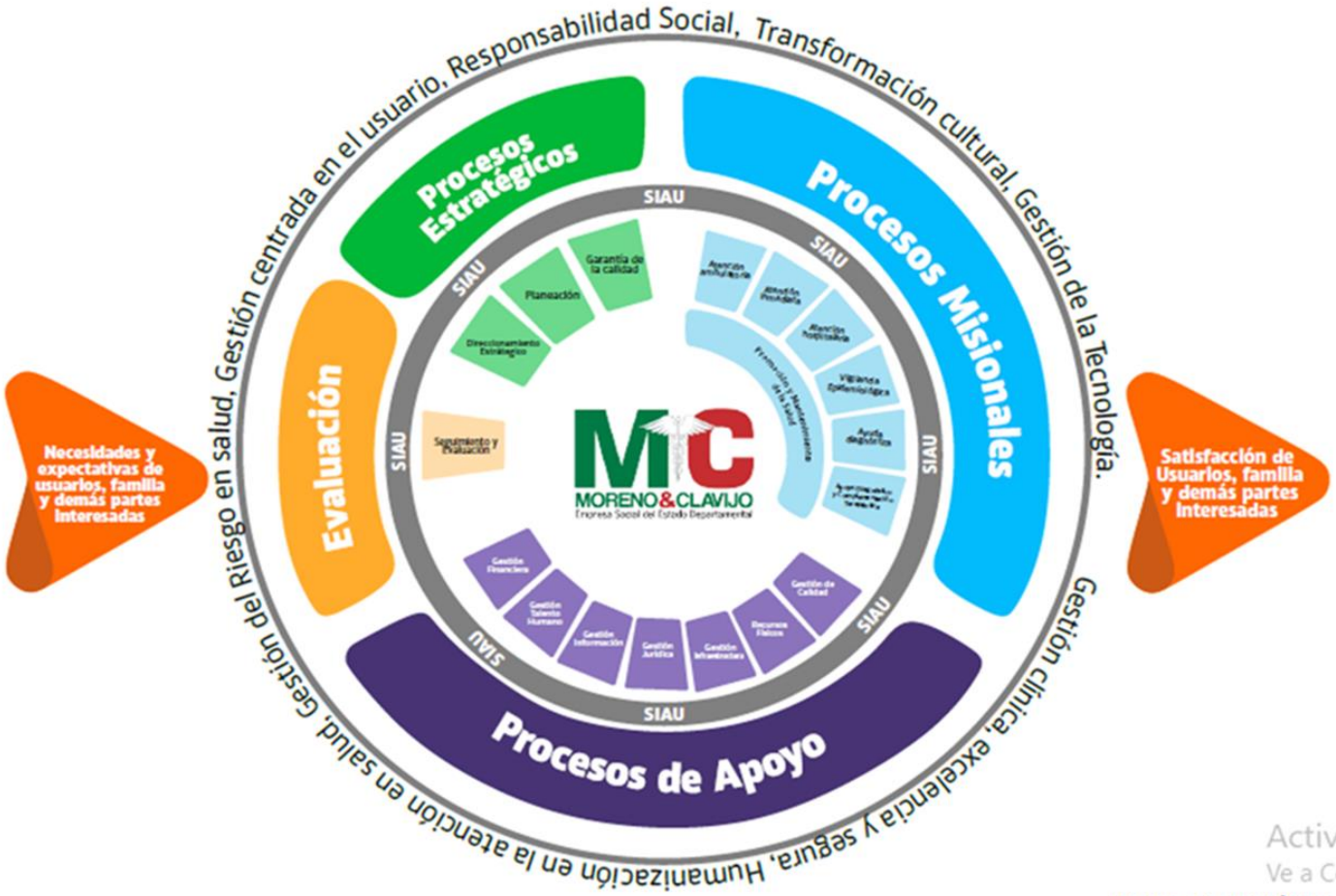
1.3 PRINCIPIOS.

Orientación a resultados
Articulación Interinstitucional
Excelencia y calidad
Aprendizaje e innovación
Integridad, trasparencia, y confianza
Toma de decisiones basadas en evidencias
Vocación de servicio

1.4 VALORES.

Honestidad
Respeto
Compromiso
Justicia
Diligencia
Resilencia

1.5 MAPA DE PROCESOS.



1.6 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

En el mes de marzo del 2023, fue publicado en la página web de la Ese Moreno y Clavijo el Mapa de Riesgos vigencia 2023.

La elaboración del Mapa de Riesgos se inició en diciembre del 2022 de manera directa, activa, participativa, donde cada uno de los líderes de los procesos es el responsable de las acciones que son producto de su trabajo. Como resultado de esta tarea se consolidaron los mapas de riesgos por procesos e institucional que permiten hacer Monitoreo, Seguimiento y Evaluación a todas nuestras actividades y poder así detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos se materialicen.

La guía para la elaboración del mapa de riesgos, fue actualizada por la Función Pública en noviembre 2022, este cambio hace que el Mapa de Riesgos y la política del Riegos se actualizan con fecha del **mes de marzo del 2023.**

El proceso de monitoreo se realiza de manera cuatrimestral en sincronía con el Plan de Acción.

El soporte del Mapa de Riesgos se evidencia en el siguiente link: https://esemorenoyclavijo.gov.co/mapa-de-riesgos/.

2. CRONOGRAMA SEGUMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL.

De acuerdo a lo planteado para el seguimiento del mapa de riesgos institucional 2023, se desarrolló el siguiente cronograma de trabajo:

CENTROSASISTENCIALES			
Responsable del Proceso	**Responsable**	**Fecha**	**Hora**
HOSPITAL DE PUERTO RONDÓN	Dra. María Amparo Vanegas Dra. Paula Duarte Nelly Marquez Eduar Duran	04-mayo-2023	8:00 am – 5.00 pm
HOSPITAL DE CRAVO NORTE	Nelly Marquez Eduar Duran	05-mayo-2023	2:00 am – 5.00 pm
HOSPITAL DE ESMERALDA	Dra. María Amparo Vanegas Dra. Paula Duarte Nelly Marquez Eduar Duran	08-mayo-2023	8:00 am – 4.00 pm
HOSPITAL DE FORTÚL		09-mayo-2023	8:00 am – 5:00 pm
CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ		10-mayo-2023	8:00 am – 12:00 m
CENTRO DE SALUD DE PUERTO JORDÁN		10-mayo-2023	2:00 pm – 5:00 pm
HOSPITAL DE TAME		11-mayo-2023	08:00 am – 5:00 pm
HOSPITAL DE ARAUQUITA		12-mayo-2023	08:00 am – 5:00 pm

PROCESO Y/O SUBPROCESO		RESPONSABLE MONITOREO	FECHA	HORA
GESTION FINACIERA	Presupuesto	Dra. María Amparo Vanegas Dra. Paula Duarte	05-mayo-2023	8:00 a 12:00 m 2:00 a 5:00 pm
	Contabilidad			
	Tesorería			
	Cartera			
	Facturación			
	Auditoria y Cuentas Medicas			
GESTIÓN TALENTO HUMANO	Talento Humano			
	Seguridad y Salud en el Trabajo			

GARANTIA DE LA CALIDAD		Dra. María Amparo Vanegas Dra. Paula Duarte	15-mayo-2023	8:00 a 9:00 am
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Planeación	Dra. María Amparo Vanegas		9:40 a 10:40am
	Comunicaciones			

SIAU		Dra. María Amparo Dra. Paula Duarte	15-mayo-2023	11:00 a 12:00 m
ATENCIÓN HOSPITALARIA		Dra. María Amparo Vanegas Dra. Paula Duarte Nelly Marquez Eduar Duran	15-mayo-2023	2:20 a 5:00 pm
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPÉUTICA	Laboratorio clínico			
	servicio farmacéutico			
	terapia respiratoria			
	fisioterapia			
	Imágenes diagnostico			
ATENCIÓN IMEDIATA	Atención del parto			
	Traslado asistencial			
	Urgencias			
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA				
SISTEMAS DE LA INFORMACION - ESTADISTICA				

3. METODOLOGÍA.

La metodología empleada para el desarrollo del seguimiento y monitoreo al Mapa de Riesgos Institucional 2023, fue hacer visita a los líderes de proceso, revisando los soportes y evidencias de cada una de las actividades planteadas en el mencionado Mapa. El control se llevó a cabo con el FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION, GPL-FO-004-, Versión 3.

4. DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO.

4.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS.

4.1.1 PLANEACIÓN

Este proceso estratégico tiene como objetivo orientar las etapas de la planeación concretadas en el Plan Estratégico Institucional, el cual definirá los objetivos y estrategias de acuerdo a las metas y resultados esperados y en alineación con el Plan de Desarrollo; se pudo evidenciar que se están cumpliendo en un **100%** las actividades propuestas para mitigar los riesgos. Lo anterior se evidencia en el siguiente cuadro, donde el 33% equivale al peso total de este cuatrimestre evaluado:

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
PLANEACION										
Direccionamiento Estratégico	Incumplimiento a la normatividad	Caracterización	Levantar actividades Plan de acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos	70%	Asesor de Planeación	Cuatrimestral	Se realizó levantamiento de plan de acción operativo y Mapa de riesgos, los cuales se encuentran publicados en la pagina web de la entidad	https://esemorenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/		33%
		Plan de Acción Anual Operativo	Socialización del Plan de Acción Anual Operativo y Mapa de Riesgos	30%	Asesor de planeación	Cuatrimestral	Se realizó socialización de plan de acción anual operativo y mapa de riesgos	Se evidencian planillas de socializaciones, trabajo con lideres de procesos y pantallazos de socialización virtual		33%

4.1.2 COMUNICACIONES.

Desde este proceso estratégico, importante para la divulgación de información, se han venido cumpliendo lo estimado para mitigación de riesgos, en un **75%**, Se recomienda por seguridad disponer de otra unidad removible de información como segundo respaldo y se establece como fecha máxima para implementar y socializar formulario de solicitudes: 15 de junio de 2023 como se evidencia en el cuadro a continuación:

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Direccionamiento Estratégico	Perdida de archivo digital: Audiovisual y fotográfico	Realizar Backus de los archivos contenidos en el registro audiovisual	Hacer Backus las veces que sean necesarias luego de hacer trabajo audiovisual que tenga respaldo	80%	Líder de Comunicaciones	Trimestral	Se cuenta con un disco duro en el cual se almacena la información que se trabajo de manera mensual la cual es entregada al ing. de sistemas de la sede central ESE Moreno y Clavijo.	Disco duro Toshiba ext., unidad removible de 4 terabytes	Se recomienda por seguridad disponer de otra unidad removible de información como segundo respaldo.	33%
		Cargar el archivo audiovisual en plataformas digitales como respaldo	Respaldo de información en el drive institucional	20%			Se dispone de un espacio en la nube mediante drive con una capacidad de 30 G, en donde se prioriza información necesaria para la imagen institucional de la empresa	Carpetas en la nube Ruta/ Correo de prensa drive comunicaciones ESE Moreno y Clavijo, en donde se dispone de informes, fotografías, logos, portafolio de servicios y ubicación de la red hospitalaria.		33%
	Divulgación de la información con posibles errores	Revisión de la información contenida en la noticia o boletín, previa a su publicación en la página web de la Entidad	Divulgaciones del portafolio de servicios de la entidad	50%	Líder de Comunicaciones	Trimestral	Se promociona y divulga información del portafolio de servicios mediante las redes sociales institucionales y pagina web de la entidad	Evidencias en pagina web institucional, Facebook Ese Moreno y Clavijo		33%
		Revisión de la información contenida en piezas publicitarias de las actividades de las dependencias de la institución	Socializar e implementar formulario de solicitudes de publicación de información en plataformas institucionales	50%			Se encuentra en proceso de elaboración este formato	Se encuentra en proceso de elaboración este formato	Se establece como fecha máxima para implementar y socializar formulario de solicitudes: 15 de junio de 2023	0%

4.1.3 GESTIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

Este proceso Estratégico, pertenece la Gestión y aseguramiento de calidad, de vital importancia en el Mapa de Riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2023. Se obtuvo un puntaje del **100%,** descrito en el cuadro a continuación:

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Mejoramiento Continuo	Sanción por parte de la superintendencia de salud.	Procedimiento programa de auditoria para el mejoramiento del sistema obligatorio de garantía de calidad e salud.PAMEC-SOGCS	Implementación del PAMEC para la vigencia 2023	50%	Asesora Garantía de Calidad	Primer trimestre de la vigencia	Se implementó Pamec vigencia 2023	PC: asesor g garantía de la calidad C:\Users\stella.acevedo\Documents\GESTION 2023\SOGC\PAMEC 2023\PAMEC 2023		33%
		Cronograma de las Auditorias	Ejecución de auditorias acorde al cronograma que se plantea	50%	Asesora Garantía de Calidad	Trimestral	Se realiza auditoria seguimiento a actividades PAMEC 2023	PC: asesor garantía de la calidad C:\Users\stella.acevedo\Documents\GESTION 2023\SOGC\PAMEC 2023\PAMEC 2023		33%

4.2 PROCESOS MISIONALES

4.2.1 SUBGERENCIA EN SALUD.

Este proceso se evaluó en la sede central, a la subgerente en salud y su equipo de trabajo, todas las actividades de dirección, coordinación y apoyo a los centros asistenciales de la red, el porcentaje de cumplimiento fue del **82%.** Falta realizar la actualización de los manuales según normatividad vigente de acuerdo con las necesidades de la entidad, diseñar y evaluación para observar la adherencia con el personal para dar cumplimiento, una vez se encuentre actualizado, se debe realizar cargue oportuno según necesidades a la página web institucional y continuar con capacitaciones en demás hospitales y centros de salud de la ESE

Actualizar el manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por medio de 360.

Es necesario solicitar los cronogramas a cada coordinador de laboratorio, con sus respectivos soportes de capacitación de personal, como también relacionar las

certificaciones de inventarios del año 2023 firmadas por auxiliares de farmacia y directores de hospitales y coordinadores de centros de salud de la ESE.

Continuar con gestión ante salud 360 para corregir esta falla, Se recomienda que el centro de Salud de Panamá envié la información en los formatos: GSS-FO-002 correspondiente al formato circular 030, se recomienda actualizar formatos para sistemas de información.

Así mismo es necesario realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014, de igual forma enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad, diligenciar matriz de indicadores de manera trimestral y la realización y presentación del informe para el segundo trimestre Lo anterior se evidencia en el cuadro a continuación:

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
SIAU	Incumplimiento a la normatividad	Riesgo de Gestió	Actualización permanente del Manual SIAU	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	50%	Lider SIAU	Cada vez que se desarrolle la actividad se ejecutará el control	El manual de SIAU, se encuentra actualizado y socializado con todos los lideres de SIAU de la entidad.	Por medio de correo electronico de SIAU sede administrativa		33%
			Procedimiento	Documento (Manual) y socialización	50%			El manual de SIAU, se encuentra actualizado y socializado con todos los lideres de SIAU de la entidad.	Por medio de correo electronico desde SIAU sede administrativa		33%

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas estableceidas contractualmente por cada EAPB	Riesgo de Gestión y Riesgo de seguridad de la información	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevee retiros del Talento Humano	Oficio emitido por los Directores de las **eventualidades** presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PYM	Permanente según eventualidad	Se recibieron oficios emitidos por directores, en donde se evidencian los cuadros de turnos del mes, con eventualides del mes correspondiente	Cuadros de turnos y oficios emitidos por la subgerencia a talento humano, mes a mes de acuerdo a las necesidades presentadas a cada uno de los directores de al red hospitalaria. Se evidencian paquetes en físico, en el área de subgerencia de salud y en correo electrónicos del área		33%
			Se controla a través de el software 360, sin embargo para los extramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales fueron facturadas	50%		Mensual	Se recibieron certificaciones firmadas por la coordinación de PyM y Directores y Centros de Salud, donde se contextualizan las actividades realizadas	Certificaciones almacenadas en PC:PyM\documentos\soportes hospitales		33%
			Continuar con el trabajo articulado del software 360 con el fin de eliminar la falla	Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	25%		Permanente según eventualidad	En cada reunión realizada de acuerdo a la necesidad, se toman pantallazos y evidencian soportes de las fallas presentadas	Se encuentran pantallazos del centro de ayuda salud 360 (de diferentes solitudes) en el periodo de seguimiento. PC:PyM\documentos\soportes hospitales		33%
Atención Asistencial del Parto	Disminución de la morbimortalidad materna y perinatal	Operativo	Incrementar demanda inducida efectiva	Rips de Facturación de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	20%		Permanente	Se verifican de forma mensual y cuando se requiera esta actividad. En los hospitales y centros de salud se realiza de manera quincenal	En salud 360 y en el correo: apoyopyp@esemorenoyclavijo.gov.co Informes consolidado con sus respectivos rips		33%
				Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	20%	y coordinadores de Hospitales y Centros de Salud de la Red Hospitalaria, Coordinadores de Promoción y Mantenimiento, coordinadores de Salud Publica	Mensual	Las bases de datos se encuentran actualizadas en la plataforma del Sigires por parte de la red hospitalaria. Así mismo se encuentran a través del software salud360	Evidencias en salud360/informes/Infconsultaexterna/Informes gestantes en plataforma sigires de cada una de las EPS, evidenciando el seguimiento hasta el momento del parto de cada una de las usuarias.		33%
				Formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	20%		Permanente	Se realiza a través de las cohortes de las gestantes se evidencia la inasistencia de las mismas al programa, las cuales se les realizan llamadas telefónicas y se reagenda la cita de control prenatal	Evidencias en salud360/informes/Infconsultaexterna/Informes gestantes en plataforma sigires de cada una de las EPS, evidenciando el seguimiento hasta el momento del parto de cada una de las usuarias.		33%
				Publicar en la pagina de la entidad y por redes sociales estrategias de información y comunicación para la promoción de la salud materna	20%		Bimensual	Se han realizado estrategias de información acerca de la promoción de salud materna (consultorio rosado y pomeroy)	Se evidencian en la pagina del Facebook institucional referentes a promoción de la salud materna	Se recomienda solicitar la publicación de éstas estrategias en la página web	33%
PAI	Errores programáticos	Riesgo de Gestión	Vigilar que información sea verídica antes de la aplicación del Biológico	Verificación con sistemas de información (Grupo WhatsApp)	60%	Líder PAI	Trimestral	Se han realizado las verificaciones oportunas antes de aplicación de los biológicos	Se evidencia en grupos de wasap, pantallazos de verificaciones, uso de plataforma de vigiflow para reportes de errores programáticos		33%
				Capacitación y medición de adherencia del procedimiento	40%		Trimestral	Se ha realizado capacitación y adherencia a ésta, en el mes de marzo 2023, en los hospitales de Arauquita y Pto Rondón	Se evidencia acta de capacitación, guardada en el PC de PAI	Se recomienda continuar con capacitaciones en demás hospitales y centros de salud de la ESE	33%
Atención de Urgencias/Atención Asistencial	Inoportunidad en la atención	Riesgo de Gestión	Elaboración de triage con tiempo de atención	Realizar medición a la oportunidad de la atención de consulta general	35%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico y coordinador del área asistencial de urgencias	Trimestral	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión primer trimestre 2023		33%
				Realizar seguimiento a la oportunidad de la atención.	25%			Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión primer trimestre 2023		33%
	Baja adherencia a guías, protocolos y normas institucionales	Riesgo de Gestión	Guías,, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Protección Social	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guías, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del año 2022	20%		Anual	Se encuentra en ejecución	Actividad se encuentra en ejecución		20%
				Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	20%		Trimestral	Se encuentra en ejecución	Sin evidencias		0%

Apoyo Diagnóstico	Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Riesgo de Gestión	Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clínico con vigencia anterior.	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clínico con la Normatividad vigente	40%	Líder de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se realizó la actualización del manual de procedimientos de laboratorio clínico con fecha 02 de febrero de 2023. Se hizo actualización de los manuales de hematología, toma de muestras, conservación y transporte, control de calidad interna y externa, manual de microbiología, inmunología, química clínica, manual de uso y re uso de material de laboratorio, limpieza y desinfección áreas de laboratorio, manual de laboratorio clínico, manejo de residuos de laboratorio, incidentes y eventos adversos en el laboratorio, bioseguridad en el laboratorio, buenas practicas de esterilización.	Correo electrónico y Ruta/ escritorio-documentos 2023-laboratorio clínico-manuales manuales 2023	3		33%
			Registro de Capacitaciones y socializaciones de guías y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de salud, el Instituto Nacional de Salud y más entes de control	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periódicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clínico	30%	Líder de laboratorio de cada hospital	Semestral	Es elaborado por cada coordinador de laboratorio, de manera trimestral	Sin evidencia de plan de trabajo de todos los hospitales y centros de salud	Se recomienda solicitar los cronogramas a cada coordinador de laboratorio, con sus respectivos soportes de capacitación de personal		15%
			Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la Institución	Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clínicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química clínica y hematología.	30%	Líder de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se consolida por parte del operador Labcare de manera mensual, el informe de gestión	Correo electrónico, pantallazos enviados por parte de cada laboratorio	2		33%
	Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiológica	Riesgo de Gestión	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiológica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	50%	Líder Salud Pública y referentes área Salud Pública	Semestral	Se encuentra en proceso de actualización	Se estableció inicialmente como fecha máxima para actualización de Manual de vigilancia Epidemiológica,		33%
				Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	50%		Semestral	No se realizó en el primer cuatrimestre 2023	No se halla evidencia	Se recomienda diseñar y aplicar una evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de	0%
SALUD PUBLICA	Falla en la Vigilancia Epidemiológica	Riesgo de Gestión	Lineamientos SIVIGILA Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los EISP en la red	40%	Líder Salud Pública y referentes área Salud Pública	Semestral	Se diseñó el formato de seguimiento a las notificaciones semanales código VEP-FO-021, de fecha 19 de abril de 2013, con el cual se verifica la oportunidad de la notificación de manera semanal desde la UPSD"unidad primaria generadora del dato" hacia la unidad notificadora Municipal	Formato código VEP-FO-021,RUTA/ Escritorio-documentos 2023-salud publica 2023-semana epidemiológica 2023-formato seguimiento semanal-tablero seguimiento a notificación. También se cuenta con los pantallazos por medio del correo electrónico los cuales son recibidos por vigilancias en salud publica los dias lunes de cada semana antes de las 12 am		33%
				Seguimiento en el reporte y socialización del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	60%	Subgerente de Salud, directores y Referentes área Salud	Mensual	Se creó formato código VEP-FO-021, el día 19 de abril de 2023, y el día 20 se socializó en el comité de vigilancia epidemiológico.	Presentación del formato en power Paint, y el acta de comité de fecha 20 de abril de 2023.		33%
Traslado Asistencial	Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad	Riesgo de Gestión	Guías, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Protección Social	Realizar seguimiento con formato a establecer en las áreas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	33.33%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico, coordinadores de unidades asistenciales de urgencias y hospitalización.	Trimestral	En el periodo en seguimiento, no se realizó esta actividad	Sin evidencia		0%
				Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para mantener las 24 horas del día un vehículo para traslados tanto municipal como intermunicipal constante	33.33%			Se cuenta con bitácoras como registro de salida y disponibilidades de vehículos para prestación de servicios de urgencia	Se evidencia Formato RYC-FO-001Referencia y contrareferencia bitácora, diligenciado		33%
				Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. **Actualizar** el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	33.33%			En los hospitales y centros de salud adscritos a la ESE, es responsabilidad de los directores y/o coordinadores realizar seguimiento al consumo de combustible de los vehículos. Desde la sede administrativa se realiza igualmente seguimiento a estos consumos. El formato de bitacoras de referencia y contrareferencia se encuentra actualizado, con el fin de optimizar los controles de combustibles y mantenimiento de los vehículos	Se evidencian relacion de seguimientos en cada hospital y centros de salud. Se recomienda realizar seguimientos trimestrales desde la sede administrativa a estos consumos.		25%

Apoyo Diagnostico y complementación Terapeutica	Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Médicos.	Riesgo de Gestión	Alertas Emitidas por los Laboratorios o el Proveedor	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	30%	Regente de Farmacia	Mensual	Es realizado mediante los informes que envían los proveedores, luego en el comité de farmacia, se socializa el estado de abastecimiento de los dispositivos médicos que hacen falta.	Ultima acta de comité de farmacia de fecha de 27 de marzo 2023	Hace falta el soporte acta de correspondiente al mes de abril 2023	30%
			Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato realizado para la Adquisición.	40%	Subgerente en Salud y Regente de Farmacia	Trimestral	Se realiza el estudio de necesidades de manera cuatrimestral y es firmado por la subgerente de salud, durante la vigencia 2023 se realizo el estudio de conveniencia y oportunidad con fecha 01 de febrero de 2023	RURA/ escritorio carpeta estudios-carpeta de primer suministros de matos y dm 2023 2		33%
			Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	30%	Sub gerente en salud, Regente de Farmacia y Auxiliares de Farmacia	Mensual	Se realiza por parte de las auxiliares de farmacia de cada hospital dentro de los primeros 5 días de cada mes, posteriormente se revisa por parte de la regente las cantidades y se realiza el traslado en la plataforma 360.	Se realizan las consultas de los traslados en línea por medio de 360	Se recomienda realizar cargue oportuno según necesidades	33%
	Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.		Manuales de Farmacia y Protocolos existentes.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	50%	Regente de Farmacia.	Semestral	Ultima actualización en el año 2022 el día 25 de noviembre. Manual de farmacovigilancia, regente de farmacia, 20 de noviembre de 2020, pendiente por actualizar, manual de auxiliares actualizado de fecha 25 de noviembre, manual control especial y monopolio del estado de fecha 25 de noviembre del 2022, Manual de protocolo de medicamentos las a y alto riesgo de fecha 20 de noviembre de 2020.	Manuales en formato pdf rutaf escritorio-formatos actualizados 2022	Se sugiere realizar la actualización de los manuales según normatividad vigente y de acuerdo con las necesidades de la entidad	25%
			Formatos aprobados por calidad	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	50%	Regente de Farmacia.	Trimestral	No se realizó en el primer cuatrimestre 2023	No se encuentran evidencias	Se recomienda realizar la adherencia con el personal	0%

	Desvíos de recursos Económicos y físicos	Riesgo de Corrupción	Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables década Hospital y Centros de Salud	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	33.3%	Sub gerente en Salud, Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores	Trimestral y semestral	Se encuentra pendiente realizar seguimiento a los Inventarios de manera trimestral	No se evidencia seguimientos	Se recomienda relacionar las certificaciones de inventarios del año 2023 firmadas por auxiliares de farmacia y directores de hospitales y coordinadores de centros de salud de la ESE	0%
			Semaforización total de los medicamentos e Insumos Médicos existentes.	Inventario semestral	33.3%	Auxiliares de Farmacia, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Semestral	Se realiza el seguimiento de manera trimestral en medio físico debido a que no se puede monitorear por medio del programa 360	En medio físico realizado por los auxiliares de farmacia	Se recomienda continuar con gestion ante salud360 para corregir esta falla	33%
			Formato de Rotación a seis meses, procedimiento de semaforización	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	33.3%	Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores	Trimestral	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	Se sugiere actualizar el manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por medio de 360	33%
Sistemas de información Estadisticos	Incumplimiento de la normatividad		Formato de Consolidación de la información	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	50%	Profesional de Sistemas de Información.	Trimestral	Informes mensuales resolución 1552, circular 030 y 056, reportes de sarlaft, cargue de resolución 202 promoción y mantenimiento el cargue de la información se realiza dentro los primeros 5 días hábiles de cada mes	Toda la evidencia se encuentra en correo electrónico y formatos en excel Ruta/ disco D:SISINFORMACION,1552 2023 DISCO D: SISINFOMACION, PRODUCCION: SOPORTES HOPITALES 2013 - 2022/ 2023	Se recomienda que el centro de Salud de Panamá envié la información en el formatos: GSS-FO-002 correspondiente al formato circular 030, se recomienda actualizar formatos para sistemas de información.	33%
			Verificación de la información enviada	Validación y consolidación la información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Información.	Trimestral	Se recibe dentro de los primeros 5 días de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es renviado a las eps. Y el soporte del envío es enviado a Control Interno y PAI	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soportes del envio		33%
	Baja disponibilidad de información al usuario		Informe de gestión. Informe de solicitudes de información mensual.	Capacitación a usuarios, funcionarios y contratistas de ley de trasparencia y acceso a la información, ley 1712 de 2014	50%	Profesional de Sistemas de Información.	Trimestral	No se realiza por parte de sistemas de información	No se evidencia informacion	Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad	0%
	Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información		Seguimiento de Solicitudes de Información Formato de Consolidación de la información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron tradladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	100%	Profesional de Sistemas de Información.	Trimestral	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 días hábiles	Informe de gestión el cual es envida a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico		33%

4.2.2 HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital que comparte municipio con la sede administrativa, teniendo un resultado en el monitoreo del **85%,** A continuación, se mencionarán las los procesos los cuales deberán mejorar**.**

Atención Asistencial del Parto: envíen la información a sede central, para ser pública por redes sociales institucionales y pag. Web

Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda que envié la información en los formatos: GSS-FO-002 correspondiente a la circular 030.

Es necesario solicitar capacitaciones para los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulado con Talento Humano para gestionar esta actividad por parte del líder del proceso de la sede central de sistemas de información.

Enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad.

Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de mensual para el informe trimestral y la información para el informe de producción para el segundo trimestre.

PAI dejar evidencias de los seguimientos y retroalimentar de los temas que presentan debilidad en el personal

Salud Publica es necesario revisar formatos actualizados, comité de vigilancia epidemiológica y realizar la evaluación por medio de formularios en Google

Es necesario dar a conocer al personal que ingresa los Formatos actualizados y aprobados por calidad y enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad.

Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda solicitar al líder del proceso de la sede central las capacitaciones para los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad y Validar, consolidar la información Estadística de manera mensual para la Matriz de Indicadores para la validación y consolidación de la información estadística.

SIAU: Se recomienda a la líder del proceso estar atenta a actualizaciones enviadas desde la sede administrativa, descargar y colocar en práctica al usuario. (En el momento de la visita la líder del proceso, busca en correo electrónico y presenta manual versión 3) ya que se encuentra actualizado el Manual de Gestión y Atención al usuario - SIAU - Versión 04). Es necesario tener los soportes organizados en carpetas con todas las evidencias (Registro Fotográfico, Planilla de Asistencias, Manual Actualizado)

A continuación, se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

MORENO & CLAVIJO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-004 Versión 03
	FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO	Página 1 de 1

PRIMER SEGUIMEINTO CUATRIMESTRAL AL MAPA DE RIESGOS- VIGENCIA 2023

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Hospital San Antonio de Tame										
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevee retiros del Talento Humano	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PYM	Permanente según eventualidad	No se han realizado cambios de personal en el cuatrimestre evaluado. Se han presentado periodos de vacaciones.	No se presentan evidencias, porque no ha ocurrido la accion.	Se han realizado cambios internos de area de personal.	33%
		Se controla a través de el software 360, sin embargo para los extramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales que fueron facturadas	50%		Mensual	Se realizo certificacion para los meses de enero y febrero 2023.	Enviada mediante correo electronico el 17 de marzo 2023		33%
		Continuar con el trabajo articulado del software 360 con el fin de eliminar la falla	Pantallazos de las reunines con ellos y correos de soporte de las fallas espresadas en las mesas de ayuda	25%		Permanente según eventualidad	Se han realizado reportes mediante mejes de vacap y correo electronico	Mediante correo electronico el 19/03/2023 con reporte completo de fallas en variables de historias clinicas		33%
Atencion Asistencial del Parto	Disminucion de la morbimortalidad materna y perinatal	Incrementar demanda inducida efectiva	Rips de Facturacion de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	20%	Subgerente de Salud, Directores y coordinadores de Hospitales y Centros de Salud de la Red Hospitalaria, Coordinadores de Promocion y Mantenimiento, coordinadores de Salud Publica	Permanente	Por protocolo se realiza cada 15 dias se hace verificion de rips (facturacion-PyM y ssipro) realizando reunion entre areas, se hace cruce interno de demandas inducidas	Acta de verificacion quincenal PyM - ultima presentada: 17/04/2023		33%
			Cronogramas de salidas extramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes jornadas de salud en los centros poblados rurales y veredas alejadas de los puestos de salud.	20%		Mensual	Se cuenta con cronograma en cartelera por grupos de vsap para auxiliares de enfermeria y comunidad gral para preconsulta y de aux. para demandas inducidas para extramurale.	Cronogama mensual hasta mayo 2023		33%
			Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	20%		Mensual	Se recibe base de datos de cada EPS de manera mensual cargada en el software	Se cuenta con base de datos de datos de gestantes de Nueva EPS, Sanitas, UAESA. Se alimenta diariamente esta informacion.		33%
			Formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	20%		Permanente	Cada EPS cuenta con formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna. Se tienen de manera fisico y Magnetico que se envian a cada EPS cuando fuere el caso	Se reporta mensualmente a cada EPS por medio electronico, registro de demandas inducidas EAPS y correos electronicos a cada EPS. Cargue de demanda induida en plataforma de EPS		33%
			Publicar en la pagina de la enidad y por redes sociales estrategias de informacion y comunicación para la promocion de la salud materna	20%		Elmensual	Se promocionan salud oral, salud de la mujer y salud masculina, se comparte in formacion de PAI en pagina facebook y grupos de vsap.	Se comparte en grupos de vapas y facebook de funcionarios del hospital y comunidad en general	Se recomienda enviar informacion a sede central, para ser publica por redes sociales institucionales y pag. Web	33%
PAI	Errores programaticos	Vigilar que información sea veridica antes de la aplicación del Biologico	Verificación con sistemas de información (Grupo Whatsapp)	60%	Lider PAI	Trimestral	Se tienen grupos de verificacion interna de whatzapp para aplicación de biologicos, en pai web, se busca y verifica en antiguo cocorates, en sigires de Nueva EPS y Sanitas	Se cuenta con cada una de las verificaciones mencionadas		33%
			Capacitación y medición de adherencia del procedimiento	40%		Trimestral	Se cuenta con capacitaciones PAI red de frio, vacunacion segura, sistemas de informacion, calidad del dato, variables de enfoque diferencial y lineamientos nacionales.	Se evidencian evaluaciones a vacunadores	Se recomienda dejar evidencias de los seguimientos y retroalimentaciones de los temas que presentan debilidad en el personal	33%

Atencion de Urgencias/Atencion Asistencial	Inoportunidad en la atencion	Elaboracion de triage con tiempo de atencion	Realizar medicion a la oportunidad de la atencion de consulta general	35%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico y coordinador del area asistencial de urgencias	Trimestral	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión primer trimestre 2023		33%
			Realizar seguimiento a la oportunidad de la atencion .	25%			Se realiza seguimiento por medio del software salud360, se descarga mensualmente y se envia a estadística. Con esta información se anexan a los indicadores de gestion mensual. Promedio de atencion 2 min, para triage tipo 2	Se evidencia analisis de datos con excel con tiempos de oportunidad, graficas de datos del software.		33%
	Baja adherencia a guias, protocolos y normas institucionales	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil **epidemiologico** del año 2023	20%		Anual	Se cuenta con cronograma de disponibilidad V.S.P de eventos de interes en salud publica, según calendario epidemiologico 2023 del INS	Cronograma 2023		33%
			Implementar programa de adherencia a traves de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	20%		Trimestral	Se han realizado evaluaciones de adherencia al personal en los temas de: IRA y Lineamientos de salud publica	en google forms, en 28 feb y Mar 2023		33%
Apoyo Diagnóstico	Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clinico con vigencia anterior.	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clinicon con la Normatividad vigente	40%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se encuentra Manual de Procesos y Procedimientos de laboratorio, vigencia a 2023	Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clinico		33%
		Registro de Capacitaciones y socializaciones de guias y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de salud, el instituto nacional de salud y mas entes de control	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periodicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clinico	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Semestral	Actualizacion de plan de trabajo y cronograma de capacitaciones	Se encuentran capacitaciones al personal en temas de: manejo de equipos biomedicos, buenas practicas de seguridad del paciente y otros relacionados		33%
		Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la Institución	Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clinicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Qumica clinica y	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se hacen de manera diaria en planillas de control de calidad interno química clínica, analisis diario y Registro de analisis de control de calidad FRIAS, de hematologia y clinica. Ya se recibieron los resultados de evaluacion de desempeño del mes de febrero 2023.	Se tienen registros de analisis de graficas de control de calidad interno en planillas.		33%
SALUD PUBLICA	Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiologica	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiologica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	50%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	El manual se encuentra en procesp de actualizacion, se cuenta con los lineamientos de salud publica y protocolos del INS.	Rutal mis documentos-plan de crisis-fichas y protocolos en salud publica.		33%
			Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud	50%		semestral	Socializacion de protocolo de dengue y varicela con fecha 28 de abril de 2023.	Evaluacion de aderencia a los eventos de interes en salud publica en medio fisico	Se recomienda realizar la evaluacion por medio de formularios en google	0%
	FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los EISP en la red	40%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se implementa el formato de seguiento a las notificaciones semanales, acualmente va en la semana 19.	Formato codigo VEP-FO-021 Rutal inicio mis documentos-salud publica- plan de accion		33%
			Seguimiento en el reporte y socialización del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	60%	Subgerente de Salud, directores y Referentes area Salud Publica	Mensual	Se realiza un comité de vigilancia epidemeologico por cada mes en donde se enuncias los eventos de salud publica ocurridos en esta vigencia en el hospital san antonio.		Revisar formatos actualizados, comite de vigilancia epidemeologico	0%
Traslado Asistencial	Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar seguimiento con formato a establecer en las areas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	33.33%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico, coordinadores de unidades asistenciales de urgencias y hospitalizacion.	Trimestral	En el primer cuatrimestre de 2023, se realizo por medio de diligenciamiento de google forms, se descarga, se hace el cruce de informacion con el software y facturacion.	Se evidencia registro en registro excel	A partir del mes de Mayo 2023, se inicia a diligenciar plantilla de ref y contrareferencia	33%
			Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para	33.33%			En el primer cuatrimestre de 2023, se realizo por medio de libro de registro de entradas y salidas de vehiculos, donde salen primero los 3 vehiculos disponibles y queda uno en la entidad (APH) para disponibilidad.	Se evidencia en libro fisico de remisiones.		33%
			Realizar **seguimiento al consumo de combustible** de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	33.33%			Se realizaseguimiento al consumo de combustible de manera trimestral desde direccion del HSFF Se actualizo formato de referencias en 2022	Formato diligenciado hasta 30 de abril 2023		33%
Apoyo Diagnostico y complementación Terapeutica	Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Medicos.	Alertas Emitidas por los Laboratorios o el Proveedor	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	30%	Regente de Farmacia	Mensual	Se realiza descargue y seguimiento de alertas emitidas por invima, mas no por laboratorios.	Solo alertas de invima		33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Estudio de Oportunidad y Convenienocia, contrato relizado para la Adquisición.	40%	Subgerente en Salud y Regente de Farmacia	Trimestral	Se realiza por medio de formato definido, se envia por correo electronico a regente de farmacia de la sede principal.	Formato de solicitud de necesidades V.01 Ultimo formato diligenciado: 04/05/2023		33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	30%	Sub gerente en salud, Regente de Farmacia y Auxiliares de Farmacia	Mensual	Soporte como traslado de la bodega de la ESE a bodega de HSFF en el softavare, seguidamente se confirma si se recibio completo el pedido	Soporte como traslado de la bodega de la ESE a bodega de HSFF en el softavare, seguidamente se confirma si se recibio completo el pedido		33%
	Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Manuales de Farmacia y Protocolos existentes.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	50%	Regente de Farmacia.	Semestral	Se cuentan con Manuales actualizados a Nov 2023	Manuales descargados en PC		33%
		Formatos aprobados por calidad	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	50%	Regente de Farmacia.	Trimestral	No se realizó socializacion ni adherencia de protocolos al personal	No cuenta con evidencia	Se recomienda estar en constante actualizacion al personal que ingresa al HSFF	0%
	Desvios de recursos Económicos y físicos	Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables de cada Hospital y Centros de Salud	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	33.3%	Sub gerente en Slud, Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral y semestral				0%
		Semaforización total de los medicamentos e Insumos Medicos existentes.	Inventario semestral	33.3%	Auxiliares de Farmacia, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Semestral	Se realiza semaforizacion según Manual, a 7 meses- rojo, a 12 meses- amarillo y de 12 a 24 meses - verde	Se evidencia medicamentos y dispositivos medicos		33%
		Formato de Rotación a seis meses, procedimiento de semaforización	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	33.3%	Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral	Se descarga registro descargado del softavare, para hacer rotacion y se hace salida por prestamo desde salud360	Se evidencian registros en softavare. Ultima rotación en marzo 2023		33%
	Incumplimiento de la normatividad	Formato de Consolidación de la información	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestre	Informes mensuales resolución 1552, circular 030 y 056, reportes de sarlaft, cargue de resolución 202 promoción y mantenimiento el cargue de la información se realiza dentro los primeros 5 dias hábiles de cada mes	Toda la evidencia se encuentra en correo electrónico y formatos en excel Rutal/disco D:/SISINFORMACION/1552 2023 DISCO D:/SISINFORMACION/ PRODUCCION/ SOPORTES HOPITALES 2013 - 2022/ 2023	Se recomienda que el centro de Salud de Panamá envíe la información en el formatos: GES-FO-002 correspondiente al formato circular 030, se recomienda actualizar formatos para sistemas de información.	33%
		Verificación de la información enviada	Validacion y consolidacion la informacion Estadistica de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	Se recibe dentro de los primeros 5 dias de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es renviado a las eps. Y el soporte del envio es enviado a Control Interno y PAI	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soportes del envio		33%
	Baja disponibilidad de informacion al usuario	Informe de gestión. Informe de solicitudes de incrmación mensual.	Capacitacion a usuarios, funcionario s y contratistas de ley de trasparencia y acceso a la informacion, ley 1712 de 2014	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestral	No se realiza por parte de sistemas de información	No se evidencia informacion	Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad	0%
Sistemas de información Estadisticos	Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información	Seguimiento de Solicitudes de Informacion Formato de Consolidación de la información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	100%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 dias hábiles	Informe de gestión el cual es envida a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico		33%
	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Formatos de consolidadcion de informes (Res. 1552/ Res. 256)	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	100%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	Los indicadores de la Res.256 son enviados de manera mensual, se hace seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan dos formatos; la oportunidad de citas por primera vez el cual es cargado a la plataforma pisis.	Formato de consolidación indicadores de seguridad los cuales son enviados a las EPS. Correo electrónico con soporte de cargue	Se recomienda enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad	33%
	No confiabilidad de indicadores y datos estadisticos	Matriz de indicadores	Validacion y consolidacion la información Estadistica de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	La matriz de indicadores para la validación y consolidación de la información estadistica no se ha implementado	No se ha realizado validación y consolidación de la información estadística	Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de manera trimestral	0%
		Envío de soportes a Control Interno	Reporte de informes trimestrales de producción a la junta directiva.	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplía plazo para reportes trimestrales	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplía plazo para reportes trimestrales	Se recomienda realizar la presentación del informe para el segundo trimestre	33%
SIAU	Incumplimiento a la normatividad	Actualización permanente del Manual SIAU	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	50%	Lider SIAU	Cada vez que se desarrolle la actividad se ejecutará el control	Se encuentra Manual de gestion y atencion al usuario - SIAU Se actualizó datos de sedes y centros de salud, pasos para colocar una PRRS e incusion del nueVo call center"	Manual de Gestion y Atencion al usuario - SIAU - Version 04	Se recomienda a la lider del proceso estar atenta a actualizaciones enviadas desde la sede administrativa, descargar y colocar en practica al usuario. (En el momento de la visita la lider del proceso, busca en correo electronico y presenta manual version 3)	33%
		Procedimiento	Documento (Manual) y socialización	50%			Soliacizacion constante	Capacitación realizada en el mes de abril soporte planilla de asistencia y registro fotográfico.		33%

4.2.3 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Fortul, teniendo un resultado en el monitoreo del **80%.** A continuación, se mencionarán las los procesos los cuales deberán mejorar**.**

Atención Ambulatoria de consulta Externa Se recomienda contextualizar al director del hospital y realizar la respectiva certificación de actividades de equipos extramurales y fortalecer capacitaciones al equipo médico en cuanto al adecuado diligenciamiento de historias clínicas y su responsabilidad en este proceso.

Atención Asistencial del Parto Se recomienda enviar información a sede central, para ser pública por redes sociales institucionales y pag. Web

PAI Vigilar que información sea verídica antes de la aplicación del Biológico Se recomienda enviar información a sede central, para ser publica por redes sociales institucionales y pag. Web

Apoyo Diagnostico y complementación Terapéutica No se pudo realizar el Monitoreo y seguimiento el líder del proceso en este centro asistencial manifestó no tener la información ni el tiempo para atender la visita, es necesario Realizar. Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clínico con la Normatividad vigente.
Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periódicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clínico.
Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clínicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química clínica y hematología.

Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda que envié la información en los formatos: GSS-FO-002 correspondiente a la circular 030.
Es necesario solicitar capacitaciones para los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulado con Talento Humano para gestionar esta actividad por parte del líder del proceso de la sede central de sistemas de información.
Enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad.
Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de mensual para el informe trimestral y la información para el informe de producción para el segundo trimestre.
A continuación, se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

MORENO & CLAVIJO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-004 Versión 03
	FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO	Página 1 de 1

PRIMER SEGUIMEINTO CUATRIMESTRAL AL MAPA DE RIESGOS- VIGENCIA 2023

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Hospital San Francisco de Fortul										
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas estableciclas contractualmente por cada EAPB	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevee retiros del Talento Humano	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PYM	Permanente según eventualidad	No se han realizado cambios de personal en el cuatrimestre evaluado. Se han presenteado periodos de vacaciones.	No se presentan evidencias, porque no ha ocurrido la accion.	Se han realizado cambios internos de area de personal.	33%
		Se controla a través de el software 360, sin embargo para los estramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos estramurales que fueron facturadas	50%		Mensual	Se realizo certificacion para los meses de enero y febrero 2023.	La ultima certificacion fue enviada mediante correo electronico el dia 17 de marzo 2023.	Falta certificacion de los meses de marzo y abril de 2023	17%
		Continuar con el trabajo articulado del software 360 con el fin de eliminar la falla	Pantallazos de las reuniones con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	25%		Permanente según eventualidad	Se han realizado reportes mediante mensajes de whatsaap y correo electrónico.	Se evidencia reportes por medio de whatsaap.		33%
Atencion Asistencial del Parto	Disminucion de la morbimortalidad materna y perinatal	Incrementar demanda inducida efectiva	Rips de Facturacion de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	20%	Subgerente de Salud, Directores y coordinadores de Hospitales y Centros de Salud de la Red Hospitalaria, Coordinadores de Promocion y Mantenimiento, coordinadores de Salud Publica	Permanente	Se realiza cada 15 dias se hace verificion de rips por parte de facturacion y PyM realizando reunion entre areas, se hace cruce interno de demandas inducidas			33%
			Cronogramas de salidas estramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes jornadas de salud en los centros poblados rurales y veredas alejadas de los puestos de salud.	20%		Mensual	Se cuenta con cronograma publicado en carteleras y difundido por medio de grupos de whatsaap, a cada una de las auxiliares de enfermeria, y comunidad en general .	Cronogama mensual primer cuatrimestre de 2023.		33%
			Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	20%		Mensual	Se recibe base de datos de cada EPS de manera mensual cargada en el software	Se cuenta con base de datos de datos de gestantes de: Nueva EPS, Sanitas, UAESA. Se alimenta diariamente esta informacion.		33%
			Formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	20%		Permanente	Cada EPS cuenta con formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna. Se tienen de manera fisico y Magnético.	Se reporta mensualmente a cada EPS por medio electronico, registro de demandas inducidas EAPS y correos electronicos a cada EPS. Cargue de demanda inducida en plataforma de EPS		33%
			Publicar en la pagina de la entidad y por redes sociales estrategias de informacion y comunicación para la promocion de la salud materna	20%		Bimensual	Se promocionan salud oral, salud de la mujer y salud masculina, se comparte in formacion de PAI en pagina facebook y grupos de whatsaap.	Se comparte en grupos de wapas y facebook de funcionarios del hospital y comunidad en general	Se recomienda enviar informacion a sede central, para ser publica por redes sociales institucionales y pag. Web	33%
PAI	Errores programaticos	Vigilar que información sea veridica antes de la aplicación del Biologico	Verificación con sistemas de información (Grupo Whatsapp)	60%	Lider PAI	Trimestral	Se tienen grupos de verificacion interna de wasap para aplicación de biologicos, en pai web, se busca y verifica en antiguo zocrates, en sigires de Nueva EPS y Sanitas	Se cuenta con cada una de las verificaciones mencionadas		33%
			Capacitación y medición de adherencia del procedimiento	40%		Trimestral	Se cuenta con capacitaciones PAI: red de frio, vacunacion segura, sistemas de informacion, calidad del dato, variables de enfoque diferencial y lineamientos nacionales.	Se evidencian evaluaciones a vacunadores	Se recomienda dejar evidencias de los seguimientos y retroalimentaciones de los temas que presentan debilidad en el personal	33%
Atencion de Urgencias/Atencion Asistencial	Inoportunidad en la atencion	Elaboracion de triage con tiempo de atencion	Realizar medicion a la oportunidad de la atencion de consulta general	35%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico y coordinador del area asistencial de urgencias	Trimestral	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	se iviencia el consolidado en formato excel en el area de urgencias.		33%
			Realizar seguimiento a la oportunidad de la atencion .	25%			Se realiza seguimiento por medio del software salud 360, se descarga mensualmente y se envia a estadistica. Con esta informacion se anexan a los indicadores de gestion mensual. Promedio de atencion por usuario 10 minutos.	Se evidencia analisis de datos con excel con tiempos de oportunidad, graficas de datos del software.		33%
	Baja adherencia a guias, protocolos y normas institucionales	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiologico del año 2023	20%		Anual	Se cuenta con cronograma de disponibilidad Y S.P de eventos de interes en salud publica, según calendario epidemiologico 2023 del INS	Cronograma 2023		33%
			Implementar programa de adherencia a traves de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	20%		Trimestral	Se han realizado evaluaciones de adherencia al personal en los temas de: IRA y Lineamientos de salud publica	en google forms, en 28 feb y Mar 2023		33%
Apoyo Diagnóstico	Desconocimiento De La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clinico con vigencia anterior.	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clinicon con la Normatividad vigente	40%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	En el momento de realizar el seguimiento manifevsto no tener la información ni el tiempo para atender la visita.			0%
		Registro de Capacitaciones y socializaciones de guias y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de salud, el instituto nacional de salud y mas entes de control	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periodicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clinico	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Semestral	En el momento de realizar el seguimiento manifevsto no tener la información ni el tiempo para atender la visita.			0%
		Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas estableciclas por la Institución	Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clinicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química clinica y	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	En el momento de realizar el seguimiento manifevsto no tener la información ni el tiempo para atender la visita.			0%
SALUD PUBLICA	Desconocimiento De La Normatividad en la Vigilancia Epidemiologica	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiologica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	50%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se realoó la actualización del manual de procedimientos de laboratorio clinico con fecha 02 de febrero de 2023. Se hizo actualización de los manuales de hematologia, toma de muestras, conservación y transporte, control de calidad interna y externa, manual de microbiologia, inmunologia, química clinica, manual de uso y re uso de material de laboratorio, limpieza y desinfección áreas de laboratorio, manual de laboratorio clinico, manejo de residuos de laboratorio, incidentes y eventos adversos en el laboratorio, bioseguridad en el laboratorio, buenas practicas de esterilización.	Correo electrónico y Rutal escritorio-documentos 2023-laboratorio clinico-manuales-manuales 2023		33%
			Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	50%		semestral	Er elaborado por cada coordinador de laboratorio, de manera trimestral	Sin evidencia de plan de trabajo de todos los hospitales y centros de salud	Se recomienda solicitar los cronogramas a cada coordinador de laboratorio, con sus respectivos soportes de capacitación de personal	17%
	FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los ESIF en la red	40%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se inicio a diligenciar tablero de seguimiento a corte de semana 18 de 2023	Formato de tablero de seguimiento de notificaciones		33%
			Seguimiento en el reporte y socializacion del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	60%	Subgerente de Salud, directores y Referentes area Salud Publica	Mensual	Se inicio a diligenciar tablero de seguimiento a corte de semana 18 de 2024	Formato de tablero de seguimiento de notificaciones		0%
Traslado Asistencial	Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar seguimiento con formato a establecer en las areas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	33.33%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico, coordinadores de unidades asistenciales de urgencias y hospitalizacion.	Trimestral	En el primer trimetre de 2023, se realzó por medio de certificacion de control de libros que se llevan internamente en el proceso.	Se evidencia registro en libros y certificacion	A partir del mes de Mayo 2023, se inicia a diligenciar plantilla de ref y contrareferencia	33%
			Contar con formato de seguimiento con los turnos estableciclos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para mantener las 24 horas del dia un vehiculo para traslados tanto municipal como intermunicipal constante	33.33%			En el primer trimestre de 2023, se realzó por medio de certificacion de control de libros que se llevan internamente en el proceso.	Se evidencia en libro fisico de remisiones.		33%
				33.33%			Se realizaseguimiento al consumo de combustible de manera t rimestral desde direccion del HSFF Se actualizo formato de referencias en 2022	Formato diligenciado hasta 30 de abril 2023		33%
			Realizar **seguimiento al consumo de combustible** de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	33.33%						
	Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Medicos.	Alertas Emitidas por los Laboratorios o el Proveedor	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	30%	Regente de Farmacia	Mensual	Se realiza descargue y seguimeinto de alertas emitidas por invima, mas no por laboratorios.	Solo alertas de invima		17%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato relicado para la Adquisición.	40%	Subgerente en Salud y Regente de Farmacia	Trimestral	Se realiza por medio de formato delinido, se envia por correo electronico a regente de farmacia de la sede principal.	Formato de solicitud de necesidades V.01 Ultimo formato diligenciado 04/05/2023		33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos medico según solicitud de Necesidades.	30%	Sub gerente en salud, Regente de Farmacia y Auxiliares de Farmacia	Mensual	Soporte como traslado de la bodega de la ESE a bodega de HSFF en el softavare, seguidamente se confirma si se recibio completo el pedido	Soporte como traslado de la bodega de la ESE a bodega de HSFF en el softavare, seguidamente se confirma si se recibio completo el pedido		33%

Apoyo Diagnostico y complementación Terapeutica	Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Manuales de Farmacia y Protocolos existentes.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	50%	Regente de Farmacia.	Semestral	Se cuentan con Manuales actualizados a Nov 2023	Manuales descargados en PC		33%
		Formatos aprobados por calidad	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	50%	Regente de Farmacia.	Trimestral	No se realizó socializacion ni adherencia de protocolos al personal	No cuenta con evidencia	Se recomienda estar en constante actualizacion al personal que ingresa al HSFF	0%
	Desvios de recursos Económicos y físicos	Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables decada Hospital y Centros de Salud	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	33.3%	Sub gerente en Slud, Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral y semestral	El seguimiento se realiza de manera semanal por medio de salud 360.	salidas del reporte del sistema 360.		0%
		Semaforización total de los medicamentos e Insumos Medicos existentes.	Inventario semestral	33.3%	Auxiliares de Farmacia, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Semestral	Se realiza semaforizacion según Manual, a 7 meses- rojo, a 12 meses- amarillo y de 12 a 24 meses - verde	Se evidencia medicamentos y dispositivos medicos		33%
		Formato de Rotación a seis meses, proeedimiento de semaforización	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	33.3%	Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral	Se descarga registro descargado del softavare, para hacer rotacion y se hace salida por prestamo desde salud360	Se evidencian registros en softaware. Ultima rotacion en marzo 2023		33%
	Incumplimiento de la normatividad	Formato de Consolidación de la información	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestre	Informes mensuales resolución 1552, circular 030 y 056, reportes de sarlaft, cargue de resolución 202 promoción y mantenimiento el cargue de la información se realiza dentro los primeros 5 días hábiles de cada mes	Toda la evidencia se encuentra en correo electrónico y formatos en excel Plural disco D:\SISINFORMACION\1552 2023 DISCO D:\SISINFOMACION\ PRODUCCION\ SOPORTES HOPITALES 2013 - 2022\ 2023	Se recomienda que el centro de Salud de Panamá envíe la información en el formatos: GSS-FO-002 correspondiente al formato circular 030, se recomienda actualizar formatos para sistemas de información	33%
		Verificación de la información enviada	Validacion y consolidacion la información Estadistica de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	Se recibe dentro de los primeros 5 dias de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es enviado a las eps. Y el soporte del envío es enviado a Control Interno y PAI	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soportes del envío		33%
Sistemas de información Estadisticos	Baja disponibilidad de información al usuario	Informe de gestión. Informe de solicitudes de inormación mensual.	Capacitacion a usuarios, funcionario s y contratistas de ley de trasparencia y acceso a la informacion, ley 1712 de 2014	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestral	No se realiza por parte de sistemas de información	No se evidencia información	Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad	0%
	Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información	Seguimiento de Solicitudes de Informacion Formato de Consolidación de la información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la	100%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 dias hábiles	Informe de gestión el cual es envida a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico		33%
	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Formatos de consolidadorion de informes (Res. 1552/ Res. 256)	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	100%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	Los indicadores de la Res.256 son enviados de manera mensual, se hace seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan dos formatos; la oportunidad de oitaz por primera vez el cual ez cargado a la plataforma pisis.	Formato de consolidación indicadores de seguridad los cuales son enviados a las EPS. Correo electrónico con zoporte de cargue	Se recomienda enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad	33%
	No confiabilidad de indicadores y datos estadisticos	Matriz de indicadores	Validacion y consolidacion la información Estadistica de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	La matriz de indicadores para la validación y consolidación de la información estadística no se ha implementado	No se ha realizado validación y consolidación de la información estadística	Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de manera trimestral	0%
SIAU	Incumplimiento a la normatividad	Actualización permanente del Manual SIAU	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	50%	Lider SIAU	Cada vez que se desarrolle la actividad se ejecutará el control	"Se encuentra Manual de gestion y atencion al usuario - SIAU Se actualizó datos de zedes y centros de salud, pasos para colocar una PPRS e incusion del nueo call center"	Manual de Gestion y Atencion al uzuario - Siau - Version 04		33%
		Procedimiento	Documento (Manual) y socialización	50%			El manual de SIAU, se encuentra actualizado y socializado con todos los líderes de SIAU de la entidad.	Por medio de correo electronico desde SIAU sede administrativa. En cada hospital y centro de salud de la entidad. Los líderes SIAU, cuentan con la actualizacion de ésta importante herramienta.		33%

4.2.4 HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Arauquita, teniendo un resultado en el monitoreo del **79%** se recomienda que los proceso Atención **Ambulatoria de consulta Externa** realice la Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales que fueron facturadas.

Salud pública: Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiológica (salud Pública) con los Lineamientos nacionales vigentes

Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública

Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda que envié la información en los formatos: GSS-FO-002 correspondiente a la circular 030.

Es necesario solicitar capacitaciones para los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulado con Talento Humano para gestionar esta actividad por parte del líder del proceso de la sede central de sistemas de información.

Enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad.

Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de mensual para el informe trimestral y la información para el informe de producción para el segundo trimestre.

Cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

MORENO & CLAVIJO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-004 Versión 03
	FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO	Página 1 de 1

PRIMER SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL AL MAPA DE RIESGOS- VIGENCIA 2023

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Hospital San Lorenzo De Arauquita										
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevee retiros del Talento Humano	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PYM	Permanente según eventualidad	No se han realizado cambios de personal en el cuatrimestre evaluado. Se han presentado periodos de vacaciones.			33%
		Se controla a través de el solivare 360, sin embargo para los estramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos estramurales que fueron facturadas	50%		Mensual	No se encuentra la Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos estramurales que fueron facturadas.		Se recomienda contestualizar al director del hospital y realizar la respectiva certificación de actividades de equipos estramurales.	0%
		Continuar con el trabajo articulado del solivare 360 con ellos y el fin de eliminar la falla	Pantallazos de las reunines con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	25%		Permanente según eventualidad	Se han realizado reportes mediante mensajes de Whatsapp y correo electrónico.	Mediante mensajes de Whatsapp se realiza el reporte completo de fallas en variables de historias clínicas. Fallas en fechas de última citológias en historias clínicas.	Se recomienda fortalecer capacitaciones al equipo médico en cuanto al adecuado diligenciamiento de historias clínicas y su responsabilidad en este proceso.	33%
Atencion Asistencial del Parto	Disminucion de la morbimortalidad materna y perinatal	Incrementar demanda inducida efectiva	Rips de Facturacion de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	20%	Subgerente de Salud, Directores y coordinadores de Hospitales y Centros de Salud de la Red Hospitalaria, Coordinadores de Promocion y Mantenimiento, coordinadores de Salud Publica	Permanente	Por protocolo se realiza cada 15 dias, se hace verificaron de rips (facturación-PyM y ssprol) realizando reunión entre áreas, se hace cruce interno de demandas inducidas.	Acta de verificacion quincenal PyM - ultima presentada: semana 1 y 2 de abril/2023		33%
			Cronogramas de salidas estramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes jornadas de salud en los centros poblados rurales y veredas alejadas de los puestos de salud.	20%		Mensual	Se cuenta con cronograma en cartelera para salidas estramurales, con equipo y comunidad gral para preconsulta y de aux. para demandas inducidas para estramurale.	Cronograma publicado en cartelera.		33%
			Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	20%		Mensual	Se reciben cohorte de sede principal, se reciben y se captan mensualmente	Se cuenta con base de datos de datos de gestantes de: Nueva EPS, Sanitas,coopsalud, saludtotal UAESA. Se alimenta diariamente esta informacion.		33%
			Formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	20%		Permanente	Cada EPS cuenta con formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna. Se tienen de manera fisico y Magnetico que se envian a cada EPS cuando fuere el caso	Se reporta mensualmente a cada EPS por medio electronico, registro de demandas inducidas EAPS y correos electronicos a cada EPS. Cargue de demanda inducida en plataforma de EPS		33%
			Publicar en la pagina de la entidad y por redes sociales estrategias de informacion y comunicación para la promocion de la salud materna	20%		Bimensual	Se promocionan mamografias, cirugias, ciclos de vida, ruta de promocion y mantenimiento, se comparte informacion por grupos de wasasp, radial y facebook institucional.	Se comparte en grupos de wapas y facebook de funcionarios del hospital y comunidad en general	Se recomienda enviar informacion a sede central, para ser publica por redes sociales institucionales y pag. Web	33%
PAI	Errores programaticos	Vigilar que información sea veridica antes de la aplicación del Biologico	Verificación con sistemas de información (Grupo Whatsapp)	60%	Lider PAI	Trimestral	Se tienen grupos de verificacion interna de vacap para aplicación de biologicos, en pai web, se busca y verifica en antiguo socrates, en sigires de Nueva EPS y Sanitas	Se cuenta con cada una de las verificaciones mencionadas		33%
			Capacitación y medición de adherencia del procedimiento	40%		Trimestral	Se cuenta con capacitaciones PAI: red de frio, vacunacion segura, sistemas de informacion, calidad del dato, variables de enfoque diferencial y lineamientos nacionales.	Se evidencian evaluaciones a vacunadores	Se recomienda dejar evidencias de los seguimientos y retroalimentaciones de los temas que presentan debilidad en el personal	33%
Atencion de Urgencias/Atencion Asistencial	Inoportunidad en la atencion	Elaboracion de triage con tiempo de atencion	Realizar medicion a la oportunidad de la atencion de consulta general	35%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico y coordinador del area asistencial de urgencias	Trimestral	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Se ividencia el consolidado en formato excel en el area de urgencias.		33%
			Realizar seguimiento a la oportunidad de la atencion .	25%			Se realiza seguimiento por medio del softare salud360, se descarga mensualmente y se envia a estadistica. Con esta informacion se anexan a los indicadores de gestion mensual. Promedio de atencion 2 min, para triage tipo 2	Se evidencia analisis de datos con excel con tiempos de oportunidad, graficas de datos del software.		33%
	Baja adherencia a guias, protocolos y normas institucionales	Guias,, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil **epidemiologico** del año 2023	20%		Anual	Se cuenta con cronograma de disponibilidad V.S.P de eventos de interes en salud publica, según calendario epidemiologico 2023 del INS	Cronograma 2023		33%
			Implementar programa de adherencia a traves de cuestionarioz realizados por google forms en la red de la ESE.	20%		Trimestral	Se han realizado evaluaciones de adherencia al personal en los temas de IPAS y Lineamientos de salud publica	En google forms, en 28 feb y Mar 2023		33%
Apoyo Diagnóstico	Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clinico actualizado	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clinico con la Normatividad vigente	40%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se encuentra Manual de Procesos y Procedimientos de laboratorio, vigencia a 2023	Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clinico		33%
		Registro de Capacitaciones y socializaciones de guias y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periodicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clinico	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Semestral	Actualizacion de plan de trabajo y cronograma de capacitaciones	Se encuentran capacitaciones al personal en temas de: manejo de equipos biomedicos, buenas practicas de seguridad del paciente y otros relacionados		33%
		Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la Institución	Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clinicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Quimica clinica y hematologia.	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se hacen de manera diaria en planillas de control de calidad interno quimica clinica, analisis diario y Registro de analisis de control de calidad RIQAS, de hematologia y clinica. Ya se recibieron los resultados de evaluacion de desempeño del mes de febrero 2023.			33%
SALUD PUBLICA	Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiologica	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiologica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	50%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se encuentra en proceso de actualizacion		Compromiso para el 30 de mayo de 2023	0%
			Diseñar y aplicar una evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	50%		semestral	No se ha realizado			0%
	FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los ESIP en la red	40%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se inicio a diligenciar tablero de seguimiento a corte de semana 14 se manejan fecha hora y porcentaje de oportunidad de envio de archivos planos a sivigila	Formato de tablero de seguimiento de notificaciones, y correos electronicos		33%
			Seguimiento en el reporte y socializacion del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	60%	Subgerente de Salud, directores y Referentes area Salud Pública	Mensual	Se inicio a diligenciar tablero de seguimiento a corte de semana 18 de 2024 Rutal/Documentos_salud publica 2023 SSO20233 control pame comites ese moreno y clavojio 2023 comité de vigilancia	Formato de tablero de seguimiento de notificaciones		0%
Traslado Asistencial	Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar seguimiento con formato a establecer en las areas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	33.33%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico, coordinadores de unidades asistenciales de urgencias y hospitalizacion.	Trimestral	En el primer cuatrimestre de 2023, se realizo por medio de diligenciamiento de google forms, se descarga, se hace el cruce de informacion con el solivare y facturación.	Se evidencia registro en registro excel		33%
			Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para mantener las 24 horas del dia un vehiculo para traslados tanto municipal como intermunicipal constante	33.33%			En el primer cuatrimestre de 2023, se realizo por medio de libro de registro de entradas y salidas de vehiculos, donde salen primero los 3 vehiculos disponibles y queda uno en la entidad (APH) para disponibilidad.	Se evidencia en libro fisico de remisiones.		33%
			Realizar **seguimiento al consumo de combustible** de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	33.33%			Se realizaseguimiento al consumo de combustible de manera trimestral desde direccion del HSFF Se actualizo formato de referencias en 2022	Formato diligenciado hasta 30 de abril 2023		33%

Apoyo Diagnostico y complementación Terapeutica	Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Medicos.	Alertas Emitidas por los Laboratorios o el Proveedor	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	30%	Regente de Farmacia	Mensual	Se realiza descargue y seguimiento de manera semanal y se deja evidencia en el formato establecido GFM-FO-020 Version 01 alertas sanitarias reporte emitidas por invima, mas no por laboratorios.	Solo alertas de invima, formato en medio magnetico		17%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato relizado para la Adquisición.	40%	Subgerente en Salud y Regente de Farmacia	Trimestral	Se realiza por medio de formato definido, se envia por correo electronico a regente de farmacia de la sede principal de manera mensual de acuerdo a las necesidades de medicamentos y dispositivos medicos.	Formato de solicitud de necesidades Y.01 Ultimo formato diligenciado: 04/05/2023		33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	30%	Sub gerente en salud, Regente de Farmacia y Auxiliares de Farmacia	Mensual	Se presenta de acuerdo al formato de solicitud de necesidad GFM-FO-018 Formato de necesidades y es soportado con el reporte emitido por 360	En medio fisico soportado		33%
	Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Manuales de Farmacia y Protocolos existentes.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	50%	Regente de Farmacia.	Semestral	Se cuentan con Manuales actualizados a Nov 2023, manual de auxiliar de farmacia, manual del programa de farmacovigilancia, manual regente de farmacia,manual de medicamentos de control especial,protocolo de medicamentos lasa	Manuales descargados en PC RUTA/ documentos, farmacia 2023, manuales de farmacia		33%
		Formatos aprobados por calidad	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	50%	Regente de Farmacia.	Trimestral	No se realizó socializacion ni adherencia de protocolos al personal la ultima socializacion se realizo el 14 de abril de 2023 correspondiente a la socializacion del manual de medicamentos de control especial	Se presenta evidencia en medio fisico control de asistencia, version 02	Se recomienda estar en constante actualizacion al personal nuevo y anexar como soporte registro fotografico de manera mensual.	0%
	Desvios de recursos Económicos y físicos	Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables de cada Hospital y Centros de Salud	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	33.3%	Sub gerente en Salud, Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral y semestral	El ultimo inventario que se alizo fue el 31 de enero 2023, el seguimiento se realizo de manera semanal por medio de salud 360.	Salidas del reporte del sistema 360		0%
		Semaforización total de los medicamentos e Insumos Medicos existentes.	Inventario semestral	33.3%	Auxiliares de Farmacia, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Semestral	Se realiza la ultima semana del mes la rotacion de medicamentos y semaforizacion	Se evidencia medicamentos y dispositivos medicos		33%
		Formato de Rotación a seis meses, procedimiento de semaforización	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	33.3%	Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral	Se descarga registro descargado del software, para hacer rotacion en 360, se realiza de manera mensual, el proceso de semanforizacion se realiza de acuerdo al manual de procesos de farmacia.	Se evidencian registros en software. Ultima rotacion en marzo 2023 Fm-fo-005 Version 02		33%
Sistemas de información Estadisticos	Incumplimiento de la normatividad	Formato de Consolidación de la información	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestre	Informes mensuales resolucion 1552, circular 030 y 056, reportes de salud, cargue de resolucion 202 promocion y mantenimiento el cargue de la informacion se realiza dentro los primeros 5 dias habiles de cada mes	Todala evidencia evidencia se encuentra en correo electronico y formatos en excel Ruta/ disco D:\SISINFORMACION,1552 2023 DISCO D: SSINFORMACION, PRODUCCION SOPORTES HOPITALES 2013 - 2022/ 2023	Se recomienda que el hospital de panama envie la informacion en el formatoc GSE-FO-002 Corresponden al formato circular 030 se recomienda actualizar formatos para sistemas de informacion.	33%
		Verificación de la información enviada	Validacion y consolidacion la Información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	Se recibe dentro de los primeros 5 dias de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es remitido a las eps. Y el soporte del envio es enviado a control interno y PAI	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soportes del envio		33%
	Baja disponibilidad de información al usuario	Informe de gestión. Informe de solicitudes de información mensual.	Capacitacion a usuarios, funcionarios y contratistas de ley de trasparencia y acceso a la informacion, ley 1712 de 2014	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestral	No se realiza por parte de sistemas de informacion	No se realiza por parte de sistemas de información	Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la informacion.	0%
	Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información	Seguimiento de Solicitudes de Informacion Formato de Consolidación de la información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	100%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	La inforemacion es recibida por la profesional de correspomndencia mediantee el informe de gestion en donde se consolida la informacion, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 dias habiles	Informe de gestion el cual es envida a planeacion de manera trimestral Evidencia correo electronico		33%
	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Formatos de consolidación de informes (Res. 1552/ Res. 256)	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	100%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	Los indicadores de la 256 son enviados de manera mensual seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan dos portafolios, la oportunidad de citas por primera vez el cual es cargado a la plataforma pisis.	Formato de indicadores de seguridad los cuales son enviados a las eps. Correo electronico con soporte de cargue	Se recomienda realizar un formato de indicadores de seguridad institucional	33%
	No confiabilidad de indicadores y datos estadísticos	Matriz de indicadores	Validacion y consolidacion la Información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	El formato no esta actualizado		No se esta implementado	0%
		Envío de soportes a Control Interno	Reporte de informes trimestrales de producción a la junta directiva.	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	La junta directiva se reunio en el mes de febrero en donde no se presento el reporte de informes	No se ha presentado	Se recomienda realizar la presentacion del informe de para el segundo trimestre en razon a que no se ha presentado en presente año	0%
SIAU	Incumplimiento a la normatividad	Actualización permanente del Manual SIAU	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	50%	Lider SIAU	Cada vez que se desarrolle la actividad se ejecutará el control	Se encuentra Manual de gestion y atencion al usuario - SIAU Se actualizó datos de sedes y centros de salud, pasos para colocar una PRRS e incusion del nueVo call center"	Manual de Gestion y Atencion al usuario - SIAU - Version 04	Se recomienda a la lider del proceso estar atenta a actualizaciones enviadas desde la sede administrativa, descargar y colocar en practica al usuario. (En el momento de la visita la lider del proceso, busca en correo electronico y presenta manual version 3)	33%
		Procedimiento	Documento (Manual) y socialización	50%			El manaual fue socializado por el coordinaor SIAU de la sede central , la coordinadora HSLA cuenta con la ultima versión del manual SIAU 2023.	Manual SIAU 2023, formato PDF		33%

4.2.4 HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO NORTE.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Cravo Norte, teniendo un resultado en el monitoreo del **75%.** Se recomienda que los procesos, **Atención de Urgencias/Atención Asistencial**: falta la implementación del programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en las Guías, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de Protección Social.

Apoyo Diagnóstico: No se logró hacer seguimiento por falta de personal

Traslado Asistencial: Falta Realizar seguimiento con formato a establecer en las áreas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente.
Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral, es necesario actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.
Se recomienda realizar seguimientos trimestrales desde la sede administrativa a estos consumos.

Apoyo Diagnostico y complementación Terapéutica: Se recomienda realizar la adherencia con el personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia.

Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda solicitar al líder del proceso de la sede central las capacitaciones para los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad y Validar y consolidar la información Estadística de manera mensual para la Matriz de Indicadores para la validación y consolidación de la información estadística

SIAU: es necesario tener los soportes organizados en carpetas con todas las evidencias (Registro Fotográfico, Planilla de Asistencias, Manual Actualizado).
Cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial.

MORENO & CLAVIJO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-004 Versión 03
	FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO	Página 1 de 1

PRIMER SEGUIMEINTO CUATRIMESTRAL AL MAPA DE RIESGOS- VIGENCIA 2023

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Hospital San José de Cravo Norte										
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevee retiros del Talento Humano	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PYM	Permanente según eventualidad	Se recibieron oficios emitidos por directores, en donde se evidencian los cuadros de turnos del mes, con eventualides del mes correspondiente	Cuadros de turnos y oficios emitidos por la subgerencia a talento humano, mes a mes de acuerdo a las necesidades presentadas a cada uno de los directores de al red hospitalaria. Se evidencian paquetes en físico, en el área de subgerencia de salud y en correo electrónicos del área		33%
		Se controla a través de el software 360, sin embargo para los estramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	Certificación porparte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales que fueron facturadas	50%		Mensual	Se recibieron certificaciones firmadas por la coordinación de PyM y Directores y Centros de Salud, donde se contextualizan las actividades realizadas	Certificaciones almacenadas en PC:PyM\documentos\soportes hospitales		33%
		Continuar con el trabajo articulado del software 360 con el fin de eliminar la falla	Pantallazos de las reunines con ellos y correos de soporte de las fallas espresadas en las mesas de ayuda	25%		Permanente según eventualidad	En cada reunión realizada de acuerdo a la necesidad, se toman pantallazos y evidencian soportes de las fallas prezentadas	Se encuentran pantallazos del centro de ayuda salud 360 (de diferentes solitudes) en el periodo de seguimiento. PC:PyM\documentos\soportes hospitales		33%
Atencion Asistencial del Parto	Disminucion de la morbimortalidad materna y perinatal	Incrementar demanda inducida efectiva	Rips de Facturacion de la demanda induvida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	20%	Subgerente de Salud, Directores y coordinadores de Hospitales y Centros de Salud de la Red Hospitalaria. Coordinadores de Promocion y Mantenimiento, coordinadores de Salud Publica	Permanente	Se verifican de forma mensual y cuando se requiera esta actividad. En los hospitales y centros de salud se realiza de manera quincenal	En salud 360 y en el correo apospsgp@esemorenoyclavijo.gov.co Informes consolidado con sus respectivos rips		33%
			Cronogramas de salidas extramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes jornadas de salud en los centros poblados rurales y veredas alejadas de los puestos de salud.	20%		Mensual	Se realizan cronogramas mensuales de salidas extramurales, garantizando las jornadas de salud en centros poblados rurales y veredas	Se encuentran evidencias fotográficas y cronogramas mensuales de los Hospitales y centros de salud de la entidad. PC:PyM\documentos\soportes hospitales\salidas extramurales		33%
			Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	20%		Mensual	Las bases de datos se encuentran actualizadas en la plataforma del Sigires por parte de la red hospitalaria. Así mismo se encuentran a través del software salud360	Evidencias en salud360\informes\Infconsultaexterna\informes gestantes en plataforma sigires de cada una de las EPS, evidenciando el seguimiento hasta el momento del parto de cada una de las usuarias.		33%
			Formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	20%		Permanente	Se realiza a través de las cohortes de las gestantes se evidencia la inasistencia de las mismas al programa, las cuales se les realizan llamadas telefónicas y se reagenda la cita de control prenatal	Evidencias en salud360\informes\Infconsultaexterna\informes gestantes en plataforma sigires de cada una de las EPS, evidenciando el seguimiento hasta el momento del parto de cada una de las usuarias.		33%
			Publicar en la pagina de la entidad y por redes sociales estrategias de informacion y comunicación para la promocion de la salud materna	20%		Bimensual	Se han realizado estrategias de información acerca de la promoción de salud materna (consultorio rosado y pomeroy)	Se evidencian en la pagina del Facebook institucional referentes a promoción de la estas estrategias en la página web salud materna	Se recomienda solicitar la publicación de estas estrategias en la página web institucional	33%
PAI	Errores programaticos	Vigilar que información sea veridica antes de la aplicación del Biologico	Verificación con sistemas de información (Grupo Whatsapp)	60%	Lider PAI	Trimestral	Se han realizado las verificaciones oportunas antes de aplicación de los biológicos	Se evidencia en grupos de wasap, pantallazos de verificaciones, uso de plataforma de vigilov para reportes de errores programáticos		33%
			Capacitación y medición de adherencia del procedimiento	40%		Trimestral	Se ha realizado capacitación y adherencia a ésta, en el mes de marzo 2023.	Se evidencia acta de capacitación, guardada en el PC de PAI		33%
Atencion de Urgencias/Atencion Asistencial	Inoportunidad en la atencion	Elaboracion de triage con tiempo de atencion	Realizar medicion a la oportunidad de la atencion de consulta general	35%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico y coordinador del area asistencial de urgencias	Trimestral	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión primer trimestre 2023		33%
			Realizar seguimiento a la oportunidad de la atencion.	25%			Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión primer trimestre 2023		33%
	Baja adherencia a guias, protocolos y normas institucionales	Guias, manuales y protocolors adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiologico del año 2019.	20%		Anual	Se encuentra en ejecución	Actividad se encuentra en ejecución		20%
			Implementar programa de adherencia a traves de cuestionarioz realizados por google forms en la red de la ESE.	20%		Trimestral	No se esta omplementando	Sin evidencias		0%
Apoyo Diagnóstico	Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clinico con vigencia	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clinicon con la Normatividad vigente	40%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	No se logro hacer seguimiento por falta de personal	No se logro hacer seguimiento por falta de personal		0%
		Registro de Capacitaciones y socializaciones de guias y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de salud, el instituto nacional de salud y mas entes de control	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capaitaciones periodicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clinico	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Semestral	No se logro hacer seguimiento por falta de personal	No se logro hacer seguimiento por falta de personal		0%
		Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la Institución	Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clinicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, Inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Quimica clinica y hematologia.	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	No se logro hacer seguimiento por falta de personal	No se logro hacer seguimiento por falta de personal		0%

SALUD PUBLICA	Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiológica	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiologica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	50%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se encuentra en proceso de actualización	Se estableció inicialmente como fecha maxima para actualización de Manual de vigilancia Epidemiológica, hasta el 30 de Junio 2023		33%
			Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	50%		semestral	No se realizó en el primer cuatrimestre 2023	No se halla evidencia	Se recomienda diseñar y aplicar una evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública, una vez se encuentre actualizado	0%
	FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los ESIP en la red	40%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se diseñó el formato de seguimiento a las notificaciones semanales código VEP-FO-021, de fecha 19 de abril de 2023, con el cual se verifica la oportunidad de la notificación de manera semanal desde la UPGD"unidad primaria generadora del dato" hacia la unidad notificadora Municipal	Formato código VEP-FO-021RUTA/ Escritorio-documentos 2023-salud publica 2023-semana epidemiológica 2023-formato seguimiento semanal-tablero seguimiento a notificación. También se cuenta con los pantallazos por medio del correo electrónico los cuales son recibidos por vigilanciaes en salud publica los días lunes de cada semana antes de las 12 am		33%
			Seguimiento en el reporte y socializacion del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	60%	Subgerente de Salud, directores y Referentes area Salud Pública	Mensual	Se creó formato código VEP-FO-021, el día 19 de abril de 2023, y el día 20 se socializó en el comité de vigilancia epidemiológico.	Prezentación del formato en power Paint, y el acta de comité de fecha 20 de abril de 2023.		33%
Traslado Asistencial	Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Protección Social	Realizar seguimiento con formato a establecer en las areas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	33.33%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico, coordinadores de unidades asistenciales de urgencias y hospitalizasion.	Trimestral	En el periodo en seguimiento, no se realizó esta actividad	Sin evidencia		0%
			Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para mantener las 24 horas del dia un vehiculo para traslados tanto municipal como interinstitucional constante	33.33%			Se cuenta con bitácoras como registro de salida y disponibilidades de vehículos para prestación de servicios de urgencia	Se evidencia Formato RYC-FO-001 Referencia y contrareferencia bitácora, diligenciado		33%
			Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	33.33%			En los hospitales y centros de salud adscritos a la ESE, es responsabilidad de los directores y/o coordinadores realizar seguimiento al consumo de combustible de los vehículos. Desde la sede administrativa se realiza igualmente seguimiento a estos consumos. El formato de bitacoras de referencia y contrareferencia se encuentra actualizado, con el fin de optimizar los controles de combustibles y mantenimiento de los vehículos	Se evidencian relacion de seguimientos en cada hospital y centros de salud. Se recomienda realizar seguimientos trimestrales desde la sede administrativa a estos consumos.		25%
Apoyo Diagnostico y complementación Terapeutica	Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Medicos.	Alertas Emitidas por los Laboratorios o el	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	30%	Regente de Farmacia	Mensual	Es realizado mediante los informes que envían los proveedores, luego en el comité de farmacia, se socializa el estado de abastecimiento de los dispositivos médicos que hacen falta.	Ultima acta de comité de farmacia de fecha de 27 de marzo 2023	Hace falta el soporte acta de correspondiente al mes de abril 2023	30%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato relizado para la Adquisición.	40%	Subgerente en Salud y Regente de Farmacia	Trimestral	Se realiza el estudio de necesidades de manera cuatrimestral y es firmado por la subgerente de salud, durante la vigencia 2023 se realizo el estudio de conveniencia y oportunidad con fecha 01 de febrero de 2023	RUTA/ escritorio carpeta estudios- carpeta de primer suministros de matos y dm 2023 2		33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	30%	Sub gerente en salud, Regente de Farmacia y Auxiliares de Farmacia	Mensual	Se implemento el formato de solicitud de pedido de insumos de medicamentos entre areas formato version 2 y 3 la version 4 sera implementada a partir del 8 de mayo de 2023	Documentos en medio físico y medio magnético		33%
	Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Manuales de Farmacia y Protocolos existentes.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	50%	Regente de Farmacia.	Semestral	Ultima actualización en el año 2022 el día 25 de noviembre. Manual de farmacovigilancia, regente de farmacia, 20 de noviembre de 2020, pendiente por actualizar, manual de auxiliares actualizado de fecha 25 de noviembre, manual control especial y monopolio del estado de fecha 25 de noviembre del 2022, Manual de protocolo de medicamentos fasa y alto riesgo de fecha 20 de noviembre de 2020.	Manuales en formato pdf ruta/ escritorio-formatos actualizados 2022	Se sugiere realizar la actualización de los manuales según normatividad vigente y de acuerdo con las necesidades de la entidad	25%
		Formatos aprobados por calidad	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	50%	Regente de Farmacia.	Trimestral	No se realizó en el primer cuatrimestre 2023	No se encuentran evidencias	Se recomienda realizar la adherencia con el personal	0%
	Desvios de recursos Económicos y físicos	Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables decada Hospital y Centros de Salud	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	33.3%	Sub gerente en Slud, Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral y semestral	Se realiza seguimiento trimestral atraves del formato implentado por la ae. De farmacia de informe de reporte donde se incluye egesos ingresos vencidos eventos alversos y valores de formato.			33%
		Sematorización total de los medicamentos e Insumos Medicos existentes.	Inventario semestral	33.3%	Auxiliares de Farmacia, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Semestral	Se realiza el seguimiento de manera trimestral en medio físico debido a que no se puede monitorear por medio del programa 360	En medio físico realizado por los auxiliares de farmacia	Se recomienda continuar con gestion ante salud360 para corregir esta falla	33%
		Formato de Rotación a seis meses, procedimiento de semaforización	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	33.3%	Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	Se sugiere actualizar el manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por medio de 360	33%
Sistemas de información Estadisticos	Incumplimiento de la normatividad	Formato de Consolidación de la información	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	50%	Profesional de Sistemas de Información.	Trimestre	Informes mensuales resolución 1552, circular 030 y 056, reportes de sarlaft, cargue de resolución 202 promoción y mantenimiento el cargue de la información se realiza dentro los primeros 5 días hábiles de cada mes	Toda la evidencia se encuentra en correo electrónico y formatos en excel Ruta/ disco D:SISINFORMACION\1552 2023 DISCO D:SISINFORMACION\ PRODUCCION\ SOPORTES HOPITALES 2013 - 2022/ 2023	Se recomienda que el centro de Salud de Panama envié la información en el formato: GSS-FO-002 correspondiente al formato circular 030, se recomienda actualizar formatos para sistemas de información.	33%
		Verificación de la información enviada	Validacion y consolidacion la información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Información.	trimestral	Se recibe dentro de los primeros 5 días de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es enviado a las eps. Y el soporte del envío es enviado a Control Interno y PAI	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soportes del envio		33%
	Baja disponibilidad de información al usuario	Informe de gestión, Informe de solicitudes de información mensual.	Capacitacion a usuarios, funcionario s y contratistas de ley de trasparencia y acceso a la informacion, ley 1712 de 2014	50%	Profesional de Sistemas de Información.	Trimestral	No se realiza por parte de sistemas de información	No se evidencia información	Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad	0%
	Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e impreciso respuesta de sus solicitudes de información	Seguimiento de Solicitudes de Informacion Formato de Consolidación de la información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	100%	Profesional de Sistemas de Información.	trimestral	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 días hábiles	Informe de gestión el cual es envida a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico		33%
	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Formatos de consolidadion de informes (Res. 1552/ Res. 256)	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	100%	Profesional de Sistemas de Información	trimestral	Los indicadores de la Res.256 son enviados de manera mensual, se hace seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan doz formatos, la oportunidad de citas por primera vez el cual es cargado a la plataforma pisis.	Formato de consolidación indicadores de seguridad los cuales son enviados a las EPS. Correo electrónico con soporte de cargue	Se recomienda enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad	33%
	No confiabilidad de indicadores y datos estadisticos	Matriz de indicadores	Validacion y consolidacion la información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Información	trimestral	La matriz de indicadores para la validación y consolidación de la información estadística no se ha implementado	No se ha realizado validación y consolidación de la información estadística	Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de manera trimestral	0%
		Envío de soportes a Control Interno	Reporte de informes trimestrales de producción a la junta directiva.	50%	Profesional de Sistemas de Información	trimestral	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplió plazo para reportes trimestrales	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplió plazo para reportes trimestrales	Se recomienda realizar la presentación del informe para el segundo trimestre	33%
SIAU	Incumplimiento a la normatividad	Actualización permanente del Manual SIAU	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	50%	Lider SIAU	Cada vez que se desarrolle la actividad se ejecutará el control	Informacion constante a los usuarios sobre derechos y deberes y sobre las pqrs sobre formadas de vacunacion o especialialistas	Registro mensual de asistencia y registro fotografico.		33%
		Procedimiento	Documento (Manual) y socialización	50%			soliaicizacion constante por parte de harol sore el manual y formatos siau	Capacitaciónes soportada con planillas de asistencia y registro fotográfico.		17%

4.2.5 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Puerto Rondón, teniendo un resultado en el monitoreo del **81%,** Se recomienda que los procesos, **SALUD PÚBLICA:** Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública

Apoyo Diagnóstico: Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periódicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a

Laboratorio clínico y publicar en un lugar visible el cronograma de capacitaciones periódicas correspondientes a la vigencia 2023.

Traslado Asistencial: Falta Realizar seguimiento con formato a establecer en las áreas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente, realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral, es necesario actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.

Se recomienda realizar seguimientos trimestrales desde la sede administrativa a estos consumos.

Apoyo Diagnostico y complementación Terapéutica: Se recomienda realizar comparativos y hacer seguimiento de manera mensual entre 360 y bodega en existencia físico, en donde se haga seguimiento por parte de dirección y la auxiliar de farmacia
Se recomienda realizar la adherencia con el personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia.

Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda que envié la información en los formatos: GSS-FO-002 correspondiente a la circular 030.

Es necesario solicitar capacitaciones para los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulado con Talento Humano para gestionar esta actividad por parte del líder del proceso de la sede central de sistemas de información.
Enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad.
Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de mensual para el informe trimestral y la información para el informe de producción para el segundo trimestre
Cómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental			**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**						**GPL-FO-004** **Versión 03**	
			FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION **ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO**						**Página 1 de 1**	
PRIMER SEGUIMEINTO CUATRIMESTRAL AL MAPA DE RIESGOS- VIGENCIA 2023										
Proceso/ Subproceso	**Nombre del Riesgo**	**Control Existente**	**Acciones Preventivas**	**Peso de la Acción**	**Responsable de la acción**	**Periodo Seguimiento**	**Acciones realizadas**	**Evidencias**	**Observaciones**	**Seguimiento 1**
Hospital San Juan de Dios de Puerto Rondón										
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevee retiros del Talento Humano	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PYM	Permanente según eventualidad	Se recibieron oficios emitidos por directores, en donde se evidencian los cuadros de turnos del mes, con eventualdes del mes correspondiente	Cuadros de turnos y oficios emitidos por la subgerencia a talento humano, mes a mes de acuerdo a las necesidades presentadas a cada uno de los directores de al red hospitalaria. Se evidencian paquetes en físico, en el área de subgerencia de salud y en correo electrónicos del área		33%
		Se controla a través de el sofware 360, sin embargo para los extramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	Certificación porparte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realiadas por los equipos extramurales que fueron facturadas	50%		Mensual	Se recibieron certificaciones firmadas por la coordinación de PyM y Directores y Centros de Salud, donde se contextualizan las actividades realizadas	Certificaciones almacenadas en PC:PyM/documentos/soportes hospitales		33%
		Continuar con el trabajo articulado del sofware 360 con el fin de eliminar la falla	Pantallazos de las reunines con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayude	25%		Permanente según eventualidad	En cada reunión realizada de acuerdo a la necesidad, se toman pantallazos y evidencian soportes de las fallas presentadas	Se encuentran pantallazos del centro de ayuda salud 360 (de diferentes solitudes) en el periodo de seguimiento. PC:PyM/documentos/soportes hospitales		33,0%

Atencion Asistencial del Parto	Diminucion de la morbimortalidad materna y perinatal	Incrementar demanda inducida efectiva	Rips de Facturacion de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	20%	Subgerente de Salud, Directores y coordinadores de Hospitales y Centros de Salud de la Red Hospitalaria, Coordinadores de Promocion y Mantenimiento, coordinadores de Salud Publica	Permanente	Cada 15 dias se hace verificion de rips (facturacion-PyM y sispro) realizando reunion entre areas, se hace cruce interno de demandas inducidas	Acta de verificacion semanal PyM - ultima presentada; Semana 1-2 Marzo/2023	Se recomeinda diligenciar, numero de semana y Meta mensual que se presentan en blanco.	33%
			Cronogramas de salidas extramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes jornadas de salud en los centros poblados rurales y veredas alejadas de los puestos de	20%		Mensual	Se cuenta con cronograma para auxiliares de enfermeria para preconsulta y de aux. para demandas inducidas para extramurale.	Cronogama mensual hasta mayo 2023	No se cuenta con centros de salud. No se ceunta con cronograma de salida a veredas.	17%
			Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	20%		Mensual	Se recibe base de datos de cada EPS de manera mensual, se realizada la demanda inducida de cada gestante	Se cuenta con base de datos de datos de gstantes de: Nueva EPS, Sanitas, Foscal, Capresoca, UAESA. Se reciben aprox. Los 5 primeros dias		33%
			Formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	20%		Permanente	Cada EPS cuenta con formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna. Se tienen de manera fisico y Magnetico que se envian a cada EPS cuando fuere el caso	Medio fisico en carpetas: registro de demndas inducidas EAPS y correos electronicos a cada EPS		33%
			Publicar en la pagina de la entidad y por redes sociales estrategias de informacion y comunicación para la promocion de la salud materna	20%		Bimensual	Se promocionan mamografias, jornadas de pruebas de embarazo y entrega de metodos anticonceptivos, jornadas de ginecologia y demas.	Se comparte en grupos de wapas y facebook de funcionarios del hospital	Se recomienda enviar informacion a sede central, para ser publica por redes sociales	33%
PAI	Errores programaticos	Vigilar que información sea veridica antes de la aplicación del Biologico	Verificación con sistemas de información (Grupo Whatsapp)	60%	Lider PAI	Trimestral	Se tienen grupos de verificacion interna de wasap para aplicación de biologicos, en pai web, se busca y verifica en antiguo socrates, en sigires de Nueva EPS y Sanitas	Se cuenta con cada una de las verificaciones mencionadas		33%
			Capacitación y medición de adherencia del procedimiento	40%		Trimestral	Se cuenta con capacitaciones PAI: red de frio, vacunacion segura, sistemas de informacion, calidad del dato, variables de enfoque difencial y lineamientos nacionales.	Se evidencian evaluaciones a vacunadores	Se recomienda dejar evidencias de los seguimientos y retroalemntaciones de los temas que presentan debilidad en el personal	33%
Atencion de Urgencias/Atencion Asistencial	Inoportunidad en la atencion	Elaboracion de triage con tiempo de atencion	Realizar medicion a la oportunidad de la atencion de consulta general	35%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico y coordinador del area asistencial de urgencias	Trimestral	junto con el area de facturacion se realiza cruce de manera mensual reporte triag	se ividencia el consolidado en formato excel en el area de urgencias.		33%
			Realizar seguimiento a la oportunidad de la atencion .	25%			La informacion es estraida del programa 360	Se ividencia el consolidado en formato excel en el area de urgencias.	Se recomienda dejar evidencia correo o certificacion de que es realizado el seguimiento respectivo	33%
	Baja adherencia a guias, protocolos y normas institucionales	Guias,, manuales y protocolors adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiologico del año 2019.	20%		Anual	Se encuentra en ejecución	Actividad se encuentra en ejecución		20%
			Implementar programa de adherencia a traves de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	20%		Trimestral	Se encuentra en ejecución	Sin evidencias		0%
Apoyo Diagnóstico	Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clinico con vigencia anterior.	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clinicon con la Normatividad vigente	40%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se encuentra Manual de Procesos y Procedimientos de laboratorio, vigencia a 2023.			33%
		Registro de Capacitaciones y socializaciones de guias y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de salud, el instituto nacional de salud y mas entes de control	Disañar un plan de trabajo y Cronograma da Capacitaciones periodicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clinico	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Semestral	Se implemnto el cronograma de capacitaciones periodicas, se socializo el manual de toma de muestras, manual de eventos adversos,			17%
		Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la Institución	Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clinicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Qumica clinica y hematología.	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se consolida por parte del operador Labcare de manera mensual, en el informe de gestión	Correo electrónico, pantallazos enviados por parte de cada laboratorio		33%
SALUD PUBLICA	Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiologica	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiologica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	50%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se encuentra en proceso de actualización	Se estableció inicialmente como fecha máxima para actualización de Manual de vigilancia Epidemiológica, hasta el 30 de Junio 2023		33%
			Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	50%		semestral	No se realizó en el primer cuatrimestre 2023	No se halla evidencia	Se recomienda diseñar y aplicar una evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública, una vez se encuentre actualizado	0%
	FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificaciòn de los EISP en la red	40%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se diseñó el formato de seguimiento a las notificaciones semanales código VEP-FO-021, de fecha 19 de abril de 2013, con el cual se verifica la oportunidad de la notificación de manera semanal desde la UPGD"unidad primaria generadora del dato" hacia la unidad notificadora Municipal	Formato código VEP-FO-021,RUTA/ Escritorio-documentos 2023-salud publica 2023-semana epidemiológica 2023-formato seguimiento semanal-tablero seguimiento a notificación. También se cuenta con los pantallazos por medio del correo electrónico los cuales son recibidos por vigilancias en salud publica los dias lunes de cada semana antes de las 12 am		33%
			Seguimiento en el reporte y socializacion del mismo en el Comitá de Vigilancia Institucional	60%	Subgerente de Salud, directores y Referentes area Salud Publica	Mensual	Se creó formato código VEP-FO-021, el dia 19 de abril de 2023, y el dia 20 se socializó en el comité de vigilancia epidemiológico.	Presentación del formato en power Paint, y el acta de comité de fecha 20 de abril de 2023.		33%
Traslado Asistencial	Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar seguimiento con formato a establecer en las areas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor orportunidad en el traslado del paciente	33.33%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico, coordinadores de unidades asistenciales de urgencias y hospitalizacion.	Trimestral	Se diligencia de manera fisico en el libro de remisiones, diagnostico, nombre del auxiliar, fecha y hora de ingreso y de salida	Libro fisico de remisiones		33%
			Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para mantener las 24 horas del dia un vehiculo para traslados tanto	33.33%			Certificados, la informacion es tomada del libro de remisiones que se diligencia para cada traslado	Libro fisico de remisiones	Se recomienda implementar formatos de control de transporte asistencial basico ingreso	33%
			Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	33.33%						33%
	Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Medicos.	Alertas Emitidas por los Laboratorios o el Proveedor	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	30%	Regente de Farmacia	Mensual	Es realizado mediante los informes que envian los proveedores, luego en el comité de farmacia, se socializa el estado de abastecimiento de los dispositivos médicos que hacen falta.	Ultima acta de comité de farmacia de fecha de 27 de marzo 2023	Hace falta el soporte acta de correspondiente al mes de abril 2023	30%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato realizado para la Adquisición.	40%	Subgerente en Salud y Regente de Farmacia	Trimestral	Se realiza el estudio de necesidades de manera cuatrimestral y es firmado por la subgerente de salud, durante la vigencia 2023 se realizo el estudio de conveniencia y oportunidad con fecha 01 de febrero de 2023	RURA/ escritorio carpeta estudios-carpeta de primer suministros de matos y dm 2023 2		33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	30%	Sub gerente en salud, Regente de Farmacia y Auxiliares de Farmacia	Mensual	Se realiza por parte de las auxiliares de farmacia de cada hospital dentro de los primeros 5 dias de cada mes, posteriormente se revisa por parte de la regente las cantidades y se realiza el traslado en la plataforma 360.	Se realizan las consultas de los traslados en línea por medio de 360	Se recomienda realizar cargue oportuno según necesidades	33%

Apoyo Diagnostico y complementación Terapeutica	Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Manuales de Farmacia y Protocolos existentes.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	50%	Regente de Farmacia.	Semestral	Ultima actualización en el año 2022 el dia 25 de noviembre. Manual de farmacovigilancia, regente de farmacia, 20 de noviembre de 2020, pendiente por actualizar, manual de auxiliares actualizado de fecha 25 de noviembre, manual control especial y monopolio del estado de fecha 25 de noviembre del 2022, Manual de protocolo de medicamentos lasa y alto riesgo de fecha 20 de noviembre de 2020.	Manuales en formato pdf ruta/ escritorio-formatos actualizados 2022	Se sugiere realizar la actualización de los manuales según normatividad vigente y de acuerdo con las necesidades de la entidad	25%
		Formatos aprobados por calidad	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	50%	Regente de Farmacia.	Trimestral				0%
	Desvios de recursos Económicos y fisicos	Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables decada Hospital y Centros de Salud	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	33.3%	Sub gerente en Slud, Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral y semestral				0%
		Semaforización total de los medicamentos e Insumos Medicos existentes.	Inventario semestral	33.3%	Auxiliares de Farmacia, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Semestral	Se realiza el seguimiento de manera trimestral en medio físico debido a que no se puede monitorear por medio del programa 360	En medio físico realizado por los auxiliares de farmacia	Se recomienda continuar con gestion ante salud360 para corregir esta falla	33%
		Formato de Rotación a seis meses, procedimiento de semaforización	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	33.3%	Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	Se sugiere actualizar el manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por medio de 360	33%
Sistemas de información Estadisticos	Incumplimiento de la normatividad	Formato de Consolidación de la información	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestre	Se realiza el reporte de la resolución 202 de las eps sanitas y nueve eps dentro de los cincop primeros dais de cada mes. Cargue de citologias, carge de adicionales, carge de mamografia, y carge de cronicos. El corte de gestantes se realiza de manera semanal y se consolida al finalizar cada mes. tambien se diligencia la planilla 2175, la cual es enviada a la sede central los tres primeros dias de cada mes.			33%
		Verificación de la información enviada	Validacion y consolidacion la información Estadistica de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	Se recibe dentro de los primeros 5 dias de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es renviado a las eps. Y el soporte de envío es enviado a Control Interno y PAI	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soportes del envio		33%
	Baja disponibilidad de informacion al usuario	Informe de gestión. Informe de solicitudes de inormación mensual.	Capacitacion a usuarios, funcionario s y contratistas de ley de trasparencia y acceso a la informacion, ley 1712 de 2014	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestral	No se realiza por parte de sistemas de información	No se evidencia informacion	Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad	0%
	Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de	Seguimiento de Solicitudes de Informacion Formato de Consolidación de la información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	100%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 dias hábiles	Informe de gestión el cual es envida a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico		33%
	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos	Formatos de consolidadcion de informes (Res. 1552/ Res. 256)	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	100%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	Los indicadores de la Res.256 son enviados de manera mensual, se hace de seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan dos formatos; la oportunidad de citas por primera vez el cual es cargado a la plataforma pisis.	Formato de consolidación indicadores de seguridad los cuales son enviados a las EPS. Correo electrónico con soporte de cargue	Se recomienda enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad	33%
	No confiabilidad de indicadores y datos estadisticos	Matriz de indicadores	Validacion y consolidacion la información Estadistica de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	La matriz de indicadores para la validación y consolidación de la información estadística no se ha implementado	No se ha realizado validación y consolidación de la información estadística	Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de manera trimestral	0%
		Envio de soportes a Control Interno	Reporte de informes trimestrales de producción a la junta directiva.	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplía plazo para reportes trimestrales	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplía plazo para reportes trimestrales	Se recomienda realizar la presentación del informe para el segundo trimestre	33%
SIAU	Incumplimiento a la normatividad	Actualización permanente del Manual SIAU	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	50%	Lider SIAU	Cada vez que se desarrolle la actividad se ejecutará el control	Se encuentra Manual de gestion y atencion al usuario - SIAU Se actualizó datos de sedes y centros de salud, pasos para colocar una PRRS e incusion del nueo call center"	Manual de Gestion y Atencion al usuario - Siau - Version 04		33%
		Procedimiento	Documento (Manual) y socialización	50%			El manual de SIAU, se encuentra actualizado y socializado con todos los lideres de SIAU de la entidad.	Por medio de correo electronico desde SIAU sede administrativa. En cada hospital y centro de salud de la entidad. Los líderes SIAU, cuentan con la actualizacion de ésta importante herramienta.		33%

4.2.6 HOSPITAL SAN RICARDO DE PAMPURI.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este hospital localizado en el Municipio de Arauquita, Centro Poblado de la Esmeralda, teniendo un resultado en el monitoreo del **82%,** Se recomienda que los procesos, **Apoyo Diagnóstico:** Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periódicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clínico y publicar en un lugar visible el cronograma de capacitaciones periódicas correspondientes a la vigencia 2023.

SALUD PÚBLICA: Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública.

Apoyo Diagnostico y complementación Terapéutica: Se recomienda realizar la adherencia con el personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia.

Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda que envié la información en los formatos: GSS-FO-002 correspondiente a la circular 030.

Es necesario solicitar capacitaciones para los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulado con Talento Humano para gestionar esta actividad por parte del líder del proceso de la sede central de sistemas de información.

Enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad.

Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de mensual para el informe trimestral y la información para el informe de producción para el segundo trimestrecómo se evidencia en el siguiente cuadro a este centro asistencial:

MORENO & CLAVIJO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-004 Versión 03
	FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO	Página 1 de 1

PRIMER SEGUIMEINTO CUATRIMESTRAL AL MAPA DE RIESGOS- VIGENCIA 2023

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Hospital San Ricardo Pampuri De La Esmeralda										
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevee retiros del Talento Humano	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PYM	Permanente según eventualidad	No se han realizado cambios de personal en el cuatrimestre evaluado. Se han presentado periodos de vacaciones.			33%
		Se controla a través de el software 360, sin embargo para los estramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	Certificación porparte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos estramurales que fueron facturadas	50%		Mensual	Cuentan con la Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contextualice que todas las actividades realizadas por los equipos estramurales que fueron facturadas.			33%
		Continuar con el trabajo articulado del solvare 360 con el fin de eliminar la falla	Pantallazos de las reunines con ellos y correos de soporte de las fallas expresadas en las mesas de ayuda	25%		Permanente según eventualidad	Se han realizado reportes mediante mensajes de Whatsapp y correo electrónico dirdoz a la jefe Maris Olinda.	Mediante mensajes de Whatsapp se realiza el reporte completo de fallas en variables de historias clínicas. Fallas en fechas de ultima citológas en historias clínicas.		33%
Atencion Asistencial del Parto	Disminucion de la morbimortalidad materna y perinatal	Incrementar demanda inducida efectiva	Rips de Facturacion de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta	20%	Subgerente de Salud, Directores y coordinadores de Hospitales y Centros de Salud de la Red Hospitalaria, Coordinadores de Promocion y Mantenimiento, coordinadores de Salud Publica	Permanente	Se realiza cada 15 dias, se hace verificacion de rips (facturación-PyM y ripro) realizando reunión entre las áreas.	Acta de verificacion quincenal PyM - ultima presentada: semana 1 y 2 de abril/2023.		33%
			Cronogramas de salidas estramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes jornadas de salud en los centros poblados rurales y veredas alejadas de los puestos de salud.	20%		Mensual	Se cuenta con cronograma en cartelera para salidas estramurales, con equipo y comunidad gral para preconsulta y de aus. para demandas inducidas para estramurale.	Cronograma mensual hasta abril 2023	se recomienda publicar en cartelera el cronograma de salidas estramurales.	17%
			Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	20%		Mensual	Se reciben cohorte de sede principal, se reciben y se captan mensualmente	Se cuenta con base de datos de datos de gestantes de Nueva EPS, Sanitas,coprsalud, saludtotal UNESA. Se alimenta diariamente esta informacion.		33%
			Formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	20%		Permanente	Cada EPS cuenta con formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna. Se tienen de manera Magnetico .	Se reporta mensualmente a cada EPS por medio electronico, registro de demandas inducidas EAPS y correos electronicos a cada EPS. Cargue de demanda inducida en plataforma de EPS		33%
			Publicar en la pagina de la entidad y por redes sociales estrategias de informacion y comunicación para la promocion de la salud materna	20%		Bimensual	Se promocionan mamografias, ciruglas, ciclos de vida, ruta de promocion y mantenimiento, se comparte informacion por grupos de whatsaap, y facebook institucional.	Se comparte en grupos de whatzaap y grupos de la esmeralda en facebook de funcionarios del hospital y comunidad en general.	Se recomienda enviar informacion a sede central, para ser publica por redes sociales institucionales y pag. Web	33%
PAI	Errores programaticos	Vigilar que información sea veridica antes de la aplicación del Biologico	Verificación con sistemas de información (Grupo Whatsapp)	60%	Lider PAI	Trimestral	Se verifica por medio del portal paiweb, cuando no se cuenta con internet se realiza por medio de un grupo de whatsaap PAI, Tambien se maneja el registro en medio magnetico registro digital			33%
			Capacitación y medición de adherencia del procedimiento	40%		Trimestral	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Se ividencia el consolidado en formato excel en el area de urgencias.		33%
Atencion de Urgencias/Atencion Asistencial	Inoportunidad en la atencion	Elaboracion de triage con tiempo de atencion	Realizar medicion a la oportunidad de la atencion de consulta general	35%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico y coordinador del area asistencial de urgencias	Trimestral	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	se ividencia el consolidado en formato excel en el area de urgencias.		33%
			Realizar seguimiento a la oportunidad de la atencion .	25%			Se realiza seguimiento por medio del soltare salud360, se descarga mensualmente y se envia a estadistica. Con esta informacion se anexan a los indicadores de gestion mensual. Promedio de atencion 2 min, para triage tipo 2.	Se evidencia analisis de datos con excel con tiempos de oportunidad, graficas de datos del software.		33%
	Baja adherencia a guias, protocolos y normas institucionales	Guias,, manuales y protocolors adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil epidemiologico del año 2019.	20%		Anual	Se cuenta con cronograma de disponibilidad Y S.P de eventos de interes en salud publica, según calendario epidemiologico 2023 del INS	Cronograma 2023		33%
			Implementar programa de adherencia a traves de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	20%		Trimestral	Se han realizado evaluaciones de adherenoia al personal en los temas de IPA y Lineamientos de salud publica	En google forms, en 28 feb y Mar 2023		33%
Apoyo Diagnóstico	Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clinico con vigencia anterior.	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clinicon con la Normatividad vigente	40%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se cuenta con los manuales de laboratorio actualizados según normatividad de fecha febrero de 2023.	Se cuenta con los manuales de laboratorio en medio magnético.		33%
		Registro de Capacitaciones y socializaciones de guias y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de salud, el instituto nacional de salud y mas entes de control	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capaitraciones periodicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clinico	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Semestral	En el momento de realizar la visita no se cuenta con el cronograma actualizado	Se encontró cronograma de capacitaciones publicado con fecha del año 2022 y el del año 2023 sin diligenciar.	Se recomienda publicar en un lugar visible el cronograma de capacitaciones periódicas correspondientes a la vigencia 2023.	0%

		Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la Institución	Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clínicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Quimica clinica y	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se realiza el seguimiento constante por medio de planillas de análisis diarias de control de calidad.	Planillas en medio físico.	se recomienda diligenciar las planillas de calidad de manera diaria para lograr mantener el Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la Institución	33%
SALUD PUBLICA	Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiologica	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiologica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	50%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Cuenta con Manual de vigilancia, versión 02, del año 2019	Manual desactualizado	Se recomienda actualizar Manual de vigilancia, según normatividad vigente a 2023	33%
			Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud	50%		semestral	Cuenta con Manual de vigilancia, versión 02, del año 2020	Manual desactualizado	No se ha realizado diseño y aplicación de evaluación	0%
	FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los EISP en la red	40%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se diseñó el formato de seguimiento a las notificaciones semanales código VEP-FO-021, de fecha 19 de abril de 2023, con el cual se verifica la oportunidad de la notificación de manera semanal desde la UPGD"unidad primaria generadora del dato" hacia la unidad notificadora Municipal	Formato código VEP-FO-021RUTA/ Escritorio-documentos 2023-salud publica 2023-semana epidemiologica 2023-formato seguimiento semanal-tablero seguimiento a notificación. También se cuenta con los pantallazos por medio del correo electrónico los cuales son recibidos por vigilancias en salud publica los días lunes de cada semana antes de las 12 am		33%
			Seguimiento en el reporte y socialización del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	60%	Subgerente de Salud, directores y Pireferentes area Salud Pública	Mensual	Se creó formato código VEP-FO-021, el día 19 de abril de 2023, y el día 20 se socializo en el comité de vigilancia epidemiológico.	Presentación del formato en power Paint, y el acta de comité de fecha 20 de abril de 2023.		33%
Traslado Asistencial	Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar seguimiento con formato a establecer en las areas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	33.33%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico, coordinadores de unidades asistenciales de urgencias y hospitalizacion.	Trimestral	En el periodo en seguimiento, no se realizó esta actividad	Sin evidencia		0%
			Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para mantener las 24 horas del dia un vehiculo para traslados tanto municipal como intermunicipal constante	33.33%			Se cuenta con bitácoras como registro de salida y disponibilidades de vehículos para prestación de servicios de urgencia	Se evidencia Formato RYC-FO-001 Referencia y contrareferencia bitácora, diligenciado		33%
			Realizar seguimiento al consumo de combustible de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral.	33.33%			En los hospitales y centros de salud adscritos a la ESE, es responsabilidad de los directores y/o coordinadores realizar seguimiento al consumo de combustible de los vehículos. Desde la sede administrativa se realiza igualmente seguimiento a estos consumos.	Se evidencian relacion de seguimientos en cada hospital y centros de salud. Se recomienda realizar seguimientos trimestrales desde la sede administrativa a estos consumos.		25%
			Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	33.33%						
	Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Medicos.	Alertas Emitidas por los Laboratorios o el Proveedor	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	30%	Regente de Farmacia	Mensual	Es realizado mediante los informes que envían los proveedores, luego en el comité de farmacia, se socializa el estado de abastecimiento de los dispositivos médicos que hacen falta.	Ultima acta de comité de Farmacia de fecha de 27 de marzo 2023	Hace falta el soporte acta de correspondiente al mes de abril 2023	33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato relizado para la Adquisición.	40%	Subgerente en Salud y Regente de Farmacia	Trimestral	Se realiza el estudio de necesidades de manera cuatrimestral y ez firmado por la subgerente de salud, durante la vigencia 2023 se realizo el estudio de conveniencia y oportunidad con fecha 01 de febrero de 2023	RURA/ escritorio carpeta estudios- carpeta de primer suministros de matos y dm 2023 2		33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos médico según solicitud de Necesidades.	30%	Sub gerente en salud, Regente de Farmacia y Auxiliares de Farmacia	Mensual	Se solicitan los medicamentos e insumos requeridos de manera mensual los primeros 5 dias de cada mes, mediante formato de solicitud de necesidades.	Formato version 01 de fecha 04 de mayo 2023/ medio magnético		33%
Apoyo Diagnostico y complementación Terapeutica	Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Manuales de Farmacia y Protocolos existentes.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	50%	Regente de Farmacia.	Semestral	Ultima actualización en el año 2022 el día 25 de noviembre. Manual de farmacovigilancia, regente de farmacia, 20 de noviembre de 2020, pendiente por actualizar, manual de auxiliares actualizado de fecha 25 de noviembre, manual control especial y monopolio del estado de fecha 25 de noviembre del 2022, Manual de protocolo de medicamentos laa y alto riesgo de fecha 20 de noviembre de 2020.	Manuales en formato pdf rutaf escritorio-formatos actualizados 2022	Se sugiere realizar la actualización de los manuales según normatividad vigente y de acuerdo con las necesidades de la entidad	25%
		Formatos aprobados por calidad	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	50%	Regente de Farmacia.	Trimestral	No se realizó en el primer cuatrimestre 2023	No se encuentran evidencias	Se recomienda realizar la adherencia con el personal	0%
	Desvios de recursos Económicos y físicos	Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables de cada Hospital y Centros de Salud	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y actualización de Inventarios Semestrales	33.3%	Sub gerente en Slud, Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral y semestral	Se realiza seguimiento teniendo en cuenta el stop del servicio de urgencias, con las cantidades existentes en las bodega urgencias del sistema 360.	No hay evidencias físicas solo quedan registradas en el sistema 360	Se recomienda realizar comparativos y hacer seguimiento de manera mensual entre 360 y bodega en existencia físico, en donde se haga seguimiento por parte de dirección y la auxiliar de farmacia	17%
		Semaforización total de los medicamentos e Insumos Medicos existentes.	Inventario semestral	33.3%	Auxiliares de Farmacia, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Semestral	Se realiza semaforización de manera mensual en donde se revisan las fechas de vencimiento de los insumos y se hace la rotación de medicamentos según las fechas de vencimiento 7 meses 12 meses y 13 meses.	Semaforización de medicamentos en bodega según el manual de procesos y procedimientos del manual de farmacia.		33%
		Formato de Rotación a seis meses, procedimiento de semaforización	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	33.3%	Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral	Se implementa formato de rotación a seis meses versión 02, se verifican las fechas de los medicamentos y dispositivos médicos a siete meses y se clasifican los vencidos y próximos a vencer.	Formato de rotación medio magnético, y bodega señalizada		33%
Sistemas de información Estadísticos	Incumplimiento de la normatividad	Formato de Consolidación de la información	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	50%	Profesional de Sistemas de Información.	Trimestre	Se ingresa la información oportuna de las resolución 202, resolución 2175, de manera mensual.	Se evidencia mediante correo electrónico y carpetas con información de manera mensual. Ruta PC /equipo: sistemas de información, escritorio, documento pgme		33%
		Verificación de la información enviada	Validacion y consolidacion la información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Información.	trimestral	Se realiza la verificación junto con la coordinadora de pgme de manera semanal y mensualmente se verifica la información de la recolución 202. luego se generan los archivos planos y son enviados para Arauquita para consolidar e ingresar los datos a la plataforma de cada eps	Se evidencia mediante correo electronico y carpetas con información de manera mensual. Ruta PC /equipo: sistemas de información, escritorio, documento pgm 2023		33%
	Baja disponibilidad de información al usuario	Informe de gestión, Informe de solicitudes de incrmación mensual.	Capacitacion a usuarios, funcionario s y contratistas de ley de trasparencia y acceso a la informacion, ley 1712 de 2014	50%	Profesional de Sistemas de Información.	Trimestral	No se realiza por parte de sistemas de información	No se evidencia información	Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad	0%
	Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información	Seguimiento de Solicitudes de Informacion Formato de Consolidación de la información.	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la	100%	Profesional de Sistemas de Información.	trimestral	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 días hábiles	Informe de gestión el cual es enviada a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico		33%
	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Formatos de consolidadacion de informes (Res. 1552/ Res. 256)	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	100%	Profesional de Sistemas de Información	trimestral	Los indicadores de la Res.256 son enviados de manera mensual, se hace seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan los cuales son enviados a las EPS. Correo electrónico con soporte de cargue doz formatos, la oportunidad de citas por primera vez el cual es cargado a la plataforma pisis.	Formato de consolidación indicadores de seguridad para aprobación de gestión calidad	Se recomienda enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad	33%
	No confiabilidad de indicadores y datos estadísticos	Matriz de indicadores	Validacion y consolidacion la información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Información	trimestral	La matriz de indicadores para la validación y consolidación de la información estadística no se ha implementado	No se ha realizado validación y consolidación de la información estadística	Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de manera trimestral	0%
		Envío de soportes a Control Interno	Reporte de informes trimestrales de producción a la junta directiva.	50%	Profesional de Sistemas de Información	trimestral	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplió plazo para reportes trimestrales	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplió plazo para reportes trimestrales	Se recomienda realizar la presentación del informe para el segundo trimestre	33%
SIAU	Incumplimiento a la normatividad	Actualización permanente del Manual SIAU	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	50%	Lider SIAU	Cada vez que se decarrolle la actividad se ejecutará el control	Información constante a los usuarios sobre derechos y deberes y sobre las pqrs.	Registro mensual de asistencia y registro fotografico.		33%
		Procedimiento	Documento (Manual) y socialización	50%			Soliacizacion constante	Capacitación realizada en el mes de abril soporte planilla de asistencia y registro		33%

4.2.7 CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este Centro de salud localizado en el Municipio de Arauquita, centro poblado de Puerto Jordán, teniendo un resultado en el monitoreo del **78%, PAI:** Vigilar que información sea verídica antes de la aplicación del Biológico, realizar Capacitación y medición de adherencia del procedimiento.

Atención de Urgencias/Atención Asistencial: Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.

SALUD PÚBLICA: Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública

Traslado Asistencial: Falta Realizar seguimiento con formato a establecer en las áreas de urgencias del centro de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente.

Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda solicitar al líder del proceso de la sede central las capacitaciones para los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad y Validar, consolidar la información Estadística de manera mensual para la Matriz de Indicadores para la validación y consolidación de la información estadística.

A continuación, se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

MORENO & CLAVIJO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-004 Versión 03
	FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO	Página 1 de 1

PRIMER SEGUIMEINTO CUATRIMESTRAL AL MAPA DE RIESGOS- VIGENCIA 2023

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Centro de salud en Puerto Jordan										
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevee retiros del Talento Humano	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PYM	Permanente según eventualidad	Se recibieron oficios emitidos por directores, en donde se evidencian los cuadros de turnos del mes, con eventualides del mes correspondiente	Cuadros de turnos y oficios emitidos por la subgerencia a talento humano, mes a mes de acuerdo a las necesidades presentadas a cada uno de los directores de al red hospitalaria. Se evidencian paqueres en fisico, en el área de subgerencia de salud y en correo electrónico del área		33%
		Se controla a través de el soivare 360, sin embargo para los estramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contestualice que todas las actividades realizadas por los equipos estramurales que fueron facturadas	50%		Mensual	Se recibieron certificaciones firmadas por la coordinación de PyM y Directores y Centros de Salud, donde se contextualizan las actividades realizadas	Certificaciones almacenadas en PC:PyM\documentos\soportes		33%
		Continuar con el trabajo articulado del solivare 360 con el fin de eliminar la falla	Pantallazos de las reunines con ellos y correos de soporte de las fallas espreadas en las mesas de ayuda	25%		Permanente según eventualidad	En cada reunión realizada de acuerdo a la necesidad, se toman pantallazos y evidencian soportes de las fallas presentadas	Se encuentran pantallazos del centro de ayuda salud 360 (de diferentes solitudes) en el periodo de seguimiento. PC:PyM\documentos\soportes hospitales		33%
			Rips de Facturacion de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal	20%		Permanente	Se verifican de forma mensual y cuando se requiera esta actividad. En los hospitales y centros de salud se realiza de manera quincenal	En salud 360 y en el correo: apoyopp@esemorenoyclavijo.gov.co . Informes consolidado con sus respectivos rips		33%
Atencion Asistencial del Parto	Disminucion de la morbimortalidad materna y perinatal	Incrementar demanda inducida efectiva	Cronogramas de salidas estramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes jornadas de salud en los centros poblados rurales y veredas alejadas de los puestos de salud.	20%	Subgerente de Salud, Directores y coordinadores de Hospitales y Centros de Salud de la Red Hospitalaria, Coordinadores de Promocion y Mantenimiento, coordinadores de Salud Publica	Mensual	Se realizan cronogramas mensuales de salidas estramurales, garantizando las jornadas de salud en centros poblados rurales y veredas	Se encuentran evidencias fotográficas y cronogramas mensuales de los Hospitales y centros de salud de la entidad. PC:PyM\documentos\soportes hospitales\salidas estramurales		33%
			Base de datos actualizadas de las gestantes que se capran en los Puestos de Salud mensualmente	20%		Mensual	Las bases de datos se encuentran actualizadas en la plataforma del Sigires por parte de la red hospitalaria. Así mismo se encuentran a través del software salud360	Evidencias en salud360\Informes\Informes\consultaesterna\Informes gestantes en plataforma sigires de cada una de las EPS, evidenciando el seguimiento hasta el momento del parto de cada una de las usuarias.		33%
			Formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	20%		Permanente	Se realiza a través de las cohortes de las gestantes se evidencia la inasistencia de las mismas al programa, las cuales se les realizan llamadas telefónicas y se reagenda la cita de control prenatal	Evidencias en salud360\Informes\Informes\consultaesterna\Informes gestantes en plataforma sigires de cada una de las EPS, evidenciando el seguimiento hasta el momento del parto de cada una de las usuarias.		33%
			Publicar en la pagina de la entidad y por redes sociales estrategias de informacion y comunicación para la promocion de la salud materna	20%		Elmensual	Se han realizado estrategias de información acerca de la promoción de salud materna (consultorio rosado y pomeroy)	Se evidencian en la pagina del Facebook institucional referentes a promoción de la salud materna		33%
PAI	Errores programaticos	Vigilar que información sea veridica antes de la aplicación del Biologico	Verificación con sistemas de información (Grupo Whatsapp)	60%	Lider PAI	Trimestral	Se verifica por medio del portal paiweb, cuando no se cuenta con internet se realiza por medio de un grupo de whatsaap PAI, Tambien se maneja el registro en medio magnetico registro digital	Formato excel registro digital,pantallazos de los carnet de los historiales de vacuna		30%
			Capacitación y medición de adherencia del procedimiento	40%		Trimestral	Pendiente por realizar			0%

Atencion de Urgencias/Atencion Asistencial	Inoportunidad en la atencion	Elaboracion de triage con tiempo de atencion	Realizar mediccion a la oportunidad de la atencion de consulta general	35%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico y coordinador del area asistencial de urgencias	Trimestral	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión primer trimestre 2023		33%
			Realizar seguimiento a la oportunidad de la atencion.	25%			Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión primer trimestre 2023		33%
	Baja adherencia a guias, protocolos y normas institucionales	Guias,, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil **epidemiologico** del año 2023	20%		Anual	Se encuentra en ejecución	Actividad se encuentra en ejecución		20%
			Implementar programa de adherencia a traves de cuestionarios realizados por google forme en la red de la ESE.	20%		Trimestral	Se encuentra en ejecución	Sin evidencias		0%
Apoyo Diagnóstico	Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clinico con vigencia anterior.	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clinicon con la Normatividad vigente	40%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se realizó la actualización del manual de procedimientos de laboratorio clinico con fecha 02 de febrero de 2023. Se hizo actualización de los manuales de hematología, toma de muestras, conservación y transporte, control de calidad interna y externa, manual de microbiología, inmunología, química clínica, manual de uso y re uso de material de laboratorio, limpieza y desinfección areas de laboratorio, manual de laboratorio clínico, manejo de residuos de laboratorio, incidentes y eventos adversos en el laboratorio, bioseguridad en el laboratorio, buenas practicas de esterilización.	Correo electrónico y Ruta/ escritorio-documentos 2023-laboratorio clínico-manuales-manuales 2023		33%
		Registro de Capacitaciones y socializaciones de guias y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de salud, el instituto nacional de salud y mas entes de control	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periodicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clinico	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Semestral	Tiene el cronograma de capacitaciones para realizar de manera trimestral no cuenta con el soporte de capacitaciones periodicas.			17%
		Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la institución	Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clinicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Quimica clinica y	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se cuenta con los controles de calidad de hematologia con corte al 10 de abril de 2023, y control de quimica a fecha 24 de abil			30%
SALUD PUBLICA	Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiologica	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiologica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	50%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se encuentra en proceso de actualización	Se estableció inicialmente como fecha máxima para actualización de Manual de vigilancia Epidemiológica, hasta el 30 de Junio 2023		33%
			Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	50%		semestral	No se realizó en el primer cuatrimestre 2023	No se halla evidencia	Se recomienda diseñar y aplicar una evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública, una vez se encuentre actualizado	0%
	FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los EISP en la red	40%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se diseñó el formato de seguimiento a las notificaciones semanales código VEP-FO-021, de fecha 19 de abril de 2013, con el cual se verifica la oportunidad de la notificación de manera semanal desde la UPGD"unidad primaria generadora del dato" hacia la unidad notificadora Municipal	Formato código VEP-FO-021/RUTA/ Escritorio-documentos 2023-salud publica 2023-semana epidemiológica 2023-formato seguimiento semanal-tablero seguimiento a notificación. También se cuenta con los panrallazos por medio del correo electrónico los cuales son recibidos por vigilancias en salud publica los dias lunes de cada semana antes de las 12 am		33%
			Seguimiento en el reporte y socialización del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	60%	Subgerente de Salud, directores y Referentes area Salud Pública	Mensual	Se creó formato código VEP-FO-021, el día 19 de abril de 2023, y el día 20 se socializó en el comité de vigilancia epidemiológico.	Presentación del formato en power Paint, y el acta de comité de fecha 20 de abril de 2023.		33%
Traslado Asistencial	Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar seguimiento con formato a establecer en las areas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	33.33%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico, coordinadores de unidades asistenciales de urgencias y hospitalizacion.	Trimestral	En el periodo en seguimiento, no se realizó esta actividad	Sin evidencia		0%
			Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para mantener las 24 horas del dia un vehiculo para traslados tanto municipal como intermunicipal constante	33.33%			Se cuenta con bitácoras como registro de salida y disponibilidades de vehículos para prestación de servicios de urgencia	Se evidencia Formato RYC-FO-001 Referencia y contrareferencia bitácora, diligenciado		33%
			Realizar **seguimiento al consumo de combustible** de manera trimestral vs traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitácoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	33.33%			En los hospitales y centros de salud adscritos a la ESE, es responsabilidad de los directores y/o coordinadores realizar seguimiento al consumo de combustible de los vehículos. Desde la sede administrativa se realiza igualmente seguimiento a estos consumos. El formato de bitacoras de referencia y contrareferencia se encuentra actualizado, con el fin de optimizar los controles de combustibles y mantenimiento de los vehículos	Se evidencian relacion de seguimientos en cada hospital y centros de salud. Se recomienda realizar seguimientos trimestrales desde la sede administrativa a estos consumos.		25%
Apoyo Diagnostico y complementación Terapeutica	Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Medicos.	Alertas Emitidas por los Laboratorios o el Proveedor	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	30%	Regente de Farmacia	Mensual	Se realizan las consultas por medio de la pagina del invima en donde se verifica en medicamentos y productos biologicos las posibles alertas emitidadas por los laboratorio.	Carpeta con archivos PDF rutaf/disco C-seguimiento de alertas		33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato relizado para la Adquisición.	40%	Subgerente en Salud y Regente de Farmacia	Trimestral	Se solicita el pedido de los medicamentos y dispositivos meditos según la necesidad requerida por el centro de salud, este proceso es realizado mediente el formato solicitud de necesidades GFM-FO-018. La ultimo solicitud fue realizada el 03 de Mago de 2023.	Evidencia en medio magnetico memoria usb con nombre Zenaida.	Se recomienda almecenar la informacion en el computador del centro de salud con el fin de evitar la posible perdida de la informacion.	17%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos medico según solicitud de Necesidades.	30%	Sub gerente en salud, Regente de Farmacia y Auxiliares de Farmacia	Mensual	Este proceso es cargado por la regente de farmacia de la sede central por medio del programa 360, desde el centro de salud de pto jordan se acepta el pedido y se confirma la disponibilidad reobida.			33%
	Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Manuales de Farmacia y Protocolos existentes.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	50%	Regente de Farmacia.	Semestral	Cuenta con todos los manuales actualizados según normatividad vigente	Cuenta con los manuales en medio fisico y medio magnetico Ruta/ Disco C- Manuales de farmacia 2023		33%
		Formatos aprobados por calidad	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	50%	Regente de Farmacia.	Trimestral	Se realizo socializacion manuales de farmacia el dia 14 de abril de 2023- hace falta realizar la evaluacion de adherencia	Formato control de asistencia	Se recomienda hacer la evaluacion	25%
	Desvios de recursos Económicos y físicos	Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables decada Hospital y Centros de Salud	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	33.3%	Sub gerente en Slud, Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral y semestral	Se realiza seguimiento por medio de 360, en donde se verifica las cantidades que han sido descontadas de la godega de urgencias.			33%
		Semaforización total de los medicamentos e Insumos Medicos existentes.	Inventario semestral	33.3%	Auxiliares de Farmacia, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Semestral	Cuenta con la debida semaforizacion de medicamentos biologicos según lo establecido en el manual de farmacia.			33%
		Formato de Rotación a seis meses, procedimiento de semaforización	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva semaforización	33.3%	Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	Se realiza por medio de 360 próximos a vencer, anteriormente se utilizaba el formato de rotación. El seguimiento se realiza por parte de las auxiliares de farmacia	Se sugiere actualizar el manual de auxiliares de farmacia teniendo en cuenta las funciones que se realizan por medio de 360	33%
Sistemas de información Estadisticos	Incumplimiento de la normatividad	Formato de Consolidación de la información	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestre	Se realiza el reporte de la resocion 202 para sanitar los primeros 3 dias de cada mes para nueva eps los primeros 10 dias de cada mes, y se hace reporte de la resolucion 2175 los primeros cuatro dias de cada mes.	Evidencia en correo electronico		17%
		Verificación de la información enviada	Validacion y consolidacion la información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	Se recibe dentro de los primeros 5 dias de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es enviado a las eps. Y el soporte del envío es enviado a Control Interno o PAI	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soportes del envío		33%
	Baja disponibilidad de información al usuario	Informe de gestión, Informe de solicitudes de inormación mensual.	Capacitacion a usuarios, funcionario s y contratistas de ley de trasparencia y acceso a la informacion, ley 1712 de 2014	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestral	No se realiza por parte de sistemas de información	No se evidencia informacion	Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratatistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad	0%
	Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información.	Seguimiento de Solicitudes de Informacion Formato de Consolidación de la Información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la	100%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 dias hábiles	Informe de gestión el cual es envida a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico		33%
	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Formatos de consolidación de Informes (Res. 1552/ Res. 256)	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	100%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	Los indicadores de la Res.256 son enviados de manera mensual, se hace seguimiento y reporte indicadores de seguridad, y trimestralmente se llevan dos formatos; la oportunidad de citas por primera vez el cual es cargado a la plataforma pisis.	Formato de consolidación indicadores de seguridad los cuales son enviados a las EPS. Correo electrónico con soporte de cargue	Se recomienda enviar formato de consolidación para aprobación de gestión calidad	33%
	No confiabilidad de indicadores y datos estadisticos	Matriz de indicadores	Validacion y consolidacion la información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	La matriz de indicadores para la validación y consolidación de la información estadística no se ha implementado	No se ha realizado validación y consolidación de la información estadística	Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de manera trimestral	0%
		Envío de soportes a Control Interno	Reporte de informes trimestrales de producción a la junta directiva.	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplí a plazo para reportes trimestrales	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplí a plazo para reportes trimestrales	Se recomienda realizar la presentación del informe para el segundo trimestre	33%
SIAU	Incumplimiento a la normatividad	Actualización permanente del Manual SIAU	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	50%	Lider SIAU	Cada vez que se decarrole la actividad se ejecutará el	Se encuentra Manual de gestion y atencion al usuario - SIAU Se actualizó datos de sedes y centros de salud, paisos para colocar una	Manual de Gestion y Atencion al usuario - Siau - Version 04		33%
		Procedimiento	Documento (Manual) y socialización	50%			El manual de SIAU, se encuentra actualizado y socializado con todos los líderes de SIAU de la entidad.	Por medio de correo electronico desde SIAU sede administrativa. En cada hospital y		17%

4.2.8 CENTRO DE SALUD DE PANAMÁ.

En cuanto a la red de prestadores de servicio con los que cuenta la ESE Moreno y Clavijo, tenemos este Centro de salud localizado en el Municipio de Arauquita, centro poblado de Panamá, teniendo un resultado en el monitoreo del **82% %,** Se recomienda que los procesos, **Atención de Urgencias/Atención Asistencial:** Implementar programa de adherencia a través de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.
SALUD PÚBLICA: Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública
Sistemas de información Estadísticos: Se recomienda solicitar al líder del proceso de la sede central las capacitaciones para los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad y Validar, consolidar la información Estadística de manera mensual para la Matriz de Indicadores para la validación y consolidación de la información estadística.
SIAU: es necesario tener los soportes organizados en carpetas con todas las evidencias (Registro Fotográfico, Planilla de Asistencias, Manual Actualizado). A continuación, se presenta en el cuadro toda la evaluación realizada a este centro asistencial:

MORENO & CLAVIJO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-004 Versión 03
	FORMATO PARA SEGUIMIENTO A RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION ESE DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL MORENO Y CLAVIJO	Página 1 de 1

PRIMER SEGUIMEINTO CUATRIMESTRAL AL MAPA DE RIESGOS- VIGENCIA 2023

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Centro De Salud Panama De Arauca										
Atención Ambulatoria de consulta Externa	Incumplimiento de las metas establecidas contractualmente por cada EAPB	Informe oportuno por parte de los Directores de la Red Hospitalaria de la ESE, cuando se prevee retiroz del Talento Humano	Oficio emitido por los Directores de las eventualidades presentadas por Talento Humano en la no continuidad de sus labores	25%	Subgerente en Salud Directores de Hospitales Coordinadores de centro de salud Coordinadora de PYM	Permanente según eventualidad	No se han presentado cambios ni traslados en PyM panama cuenta con dos auxiliares: un medico 1 higienista oral bacteriologo	No existe evidencia		33%
		Se controla a través de el software 360, sin embargo para los extramurales se entrega lo realizado de forma manual con firma y registro en libro a facturación	Certificación por parte de la Dirección y la coordinadora de PYM donde se contentualice que todas las actividades realizadas por los equipos extramurales que fueron facturadas	50%		Mensual	se realizo desplazaciento a la vereda el paraiso el dia 12 de mayo de 2023 cuenta con la certificacion firmada por el coordinador del centro de salud panama y la cordinadora de Pym según el cronograma solo han realizado esta salida las demas fueron programadas para realizarse desde el centro de salud. trabajan en equipo con pym estramutral del hospital de arauquita	Cronograma de salidas		25%
		Continuar con el trabajo articulado del software 360 con el fin de eliminar la falla	Pantallazos de las reunines con ellos y correos de soporte de las fallas espresadas en las mesas de ayuda	25%		Permanente según eventualidad	no ha tenido problemas con 360			36%
Atencion Asistencial del Parto	Disminucion de la morbimortalidad materna y perinatal	Incrementar demanda inducida efectiva	Rips de Facturacion de la demanda inducida realizada a las gestantes efectivas que ingresan a la Ruta Materno Perinatal.	20%	Subgerente de Salud, Directores y coordinadores de Hospitales y Centros de Salud de la Red Hospitalaria, Coordinadores de Promocion y Mantenimiento, coordinadores de Salud Publica	Permanente	se realiza seguimiento de manera mensual con el formato PYM-FO-149, Y la certificacion por parte de coordinación del hopital y coordinación pym, ultima certificacion de fecha 05 de mayo de 2023	Certificacion de promocion de las gestantes captadas antes de la sema 12 de gestacion		33%
			Cronogramas de salidas extramurales mensuales garantizando por lo menos una vez al mes jornadas de salud en los centros poblados rurales y veredas alejadas de los puestos de salud.	20%		Mensual	se socializa mediante el grupo del centro de salud, se publica en la cartelera de la oficina de pym, Oferta de servicios promocion de mantenimiento ruta cardiovascular y la ruta materno perinatal			17%
			Base de datos actualizadas de las gestantes que se captan en los Puestos de Salud mensualmente	20%		Mensual	cuenta con el formato actualizado de registro diario de gestantes el cual es enviado de manera mensual a la sede central psp-fo-0239	Formato diligenciado		33%
			Formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna, diligenciado de manera completa	20%		Permanente	Cada EPS cuenta con formato de seguimiento de gestantes inasistentes a la ruta materna. Se tienen de manera fisico y Magnetico que se envian a cada EPS cuando fuere el caso	Se reporta mensualmente a cada EPS por medio electronico, registro de demandas inducidas EAPS y correos electronicos a cada EPS. Cargue de demanda inducida en plataforma de EPS		33%
			Publicar en la pagina de la entidad y por redes sociales estrategias de informacion y comunicación para la promocion de la salud materna	20%		Elmensual	solo se implementa por medio de cadenas de whatsaap		se recomienda buscar otras alternativas medios radiales y pagina institucional	33%

PAI	Errores programaticos	Vigilar que información sea veridica antes de la aplicación del Biologico	Verificación con sistemas de información (Grupo Whatsapp)	60%	Lider PAI	Trimestral	Se han realizado las verificaciones oportunas antes de aplicación de los biológicos	Se evidencia en grupos de wasap, pantallazos de verificaciones, uso de plataforma de vigilov para reportez de errores programáticos		33%
			Capacitación y medición de adherencia del procedimiento	40%		Trimestral	Se ha realizado capacitación y adherencia a ésta, en el mes de marzo 2023, en los hospitales de Arauquita y Pto Rondón	Se evidencia acta de capacitación, guardada en el PC de PAI	Se recomienda continuar con capacitaciones en demás hospitales y centros de salud de la ESE	33%
Atencion de Urgencias/Atencion Asistencial	Inoportunidad en la atencion	Elaboracion de triage con tiempo de atencion	Realizar medicion a la oportunidad de la atencion de consulta general	35%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico y coordinador del area asistencial de urgencias	Trimestral	Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión primer trimestre 2023		33%
			Realizar seguimiento a la oportunidad de la atencion.	25%			Se incluyó esta actividad en informe de gestión de primer trimestre 2023, presentado a subgerente de salud de la entidad	Informe de gestión primer trimestre 2023		33%
	Baja adherencia a guias, protocolos y normas institucionales	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar cronograma anual de socializaciones en los protocolos, guias, manuales institucionales teniendo en cuenta el perfil **epidemiologico** del año 2023	20%		Anual	Se encuentra en ejecución	Actividad se encuentra en ejecución		17%
			Implementar programa de adherencia a traves de cuestionarios realizados por google forms en la red de la ESE.	20%		Trimestral	Se encuentra en ejecución	Sin evidencias		0%
Apoyo Diagnóstico	Desconocimiento de La Normatividad para los Procesos y Procedimientos de Laboratorio	Manual de Procesos y Procedimientos de Laboratorio clinico con vigencia anterior.	Realizar la Actualización del Manual de Procesos y Procedimientos del Laboratorio Clínico con la Normatividad vigente	40%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se realizó la actualización del manual de procedimientos de laboratorio clínico con fecha 02 de febrero de 2023. Se hizo actualización de los manuales de hematología, toma de muestras, conservación y transporte, control de calidad interna y externa, manual de microbiología, inmunología, química clínica, manual de uso y re uso de material de laboratorio, limpieza y desinfección áreas de laboratorio, manual de laboratorio clínico, manejo de residuos de laboratorio, incidentes y eventos adversos en el laboratorio, bioseguridad en el laboratorio, buenas practicas de esterilización.	Correo electrónico y Rutal escritorio-documentos 2023-laboratorio clinico-manuales-manuales 2023		33%
		Registro de Capacitaciones y socializaciones de guias y protocolos nuevos emitidos por el ministerio de salud, el instituto nacional de salud y mas entes de control	Diseñar un plan de trabajo y Cronograma de Capacitaciones periodicas al personal de Laboratorio de los Lineamientos nacionales aplicables a Laboratorio clinico	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Semestral	Es elaborado por cada coordinador de laboratorio, de manera trimestral	Sin evidencia de plan de trabajo de todos los hospitales y centros de salud		33%
		Registro de las acciones de control de calidad interno y de las acciones correctivas establecidas por la Institución.	Continuar con la realización de los Controles de Calidad Internos y participar en las Evaluaciones de desempeño de los Laboratorios clínicos haciendo parte de la Red nacional de Laboratorios, inscritos en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química clínica y	30%	Lider de laboratorio de cada hospital	Trimestral	Se consolida por parte del operador Labcare de manera mensual, en el informe de gestión	Correo electrónico, pantallazos enviados por parte de cada laboratorio		33%
SALUD PUBLICA	Desconocimiento de La Normatividad en la Vigilancia Epidemiologica	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023 y Protocolos del INS	Actualizar el manual de Vigilancia Epidemiologica (salud Publica) con los Lineamientos nacionales vigentes	50%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se encuentra en proceso de actualización	Se estableció inicialmente como fecha máxima para actualización de Manual de vigilancia Epidemiológica, hasta el 30 de junio 2023		33%
			Diseñar y aplicar una Evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública	50%		semestral	No se realizó en el primer cuatrimestre 2023	No se halla evidencia	Se recomienda diseñar y aplicar una evaluación para observar la adherencia del cumplimiento del Manual de Salud Pública, una vez se encuentre actualizado	0%
	FALLA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	Lineamientos SIVIGILA, Lineamientos Nacionales Vigilancia 2023	Diseñar un formato de seguimiento en la oportunidad de la notificación de los ESIP en la red	40%	Lider Salud Pública y referentes area Salud Pública	semestral	Se diseñó el formato de seguimiento a las notificaciones semanales código VEP-FO-021, de fecha 19 de abril de 2023, con el cual se verifica la oportunidad de la notificación de manera semanal desde la UPGD"unidad primaria generadora del dato" hacia la unidad notificadora Municipal	Formato código VEP-FO-021,RUTA/ Escritorio-documentos 2023-salud publica 2023-semana epidemiológica 2023-formato seguimiento semanal-tablero seguimiento a notificación. También se cuenta con los pantallazos por medio del correo electrónico los cuales son recibidos por vigilancias en salud publica los días lunes de cada semana antes de las 12 am		33%
			Seguimiento en el reporte y socializacion del mismo en el Comité de Vigilancia Institucional	60%	Subgerente de Salud, Director y coordinadores de hospitales y centros de salud, coordinador medico, coordinadores de unidades asistenciales de urgencias y hospitalizacion.	Mensual	Se creó formato código VEP-FO-021, el día 19 de abril de 2023, y el día 20 se socializó en el comité de vigilancia epidemiológico.	Presentación del formato en power Paint, y el acta de comité de fecha 20 de abril de 2023.		33%
Traslado Asistencial	Retraso en el proceso de referencia y contrareferencia a hospital de mayor complejidad	Guias, manuales y protocolos adoptados del Ministerio de la Proteccion Social	Realizar seguimiento con formato a establecer en las areas de urgencias de los hospitales y centros de salud para brindar una mayor oportunidad en el traslado del paciente	33.33%		Trimestral	se diligencia de manera fisico en el libro de remisiones, diagnostico, nombre del auxiliar, fecha y hora de ingreso y de salida	libro fisico de remisiones		33%
			Contar con formato de seguimiento con los turnos establecidos y vigilancia de las llegadas de las ambulancias para	33.33%			certificados, la informacion es tomada del libro de remisiones que se diligencia para cada traslado	libro fisico de remisiones	Se recomienda implementar formatos de control de transporte asistencial basico ingreso y salida de pacientes	33%
			Realizar **seguimiento al consumo de combustible** de manera trimestral vz traslado asistencial realizados de manera trimestral. Actualizar el formato de bitacoras de referencia y contrareferencia para mejorar los controles para optimización de combustible y mantenimiento de ambulancia.	33.33%			En los hospitales y centros de salud adscritos a la ESE, es responsabilidad de los directores y/o coordinadores realizar seguimiento al consumo de combustible de los vehículos. Desde la sede administrativa se realiza igualmente seguimiento a estos consumos. El formato de bitacoras de referencia y contrareferencia se encuentra actualizado, con el fin de optimizar los controles de combustibles y mantenimiento de los vehículos	Se evidencian relacion de seguimientos en cada hospital y centros de salud. Se recomienda realizar seguimientos trimestrales desde la sede administrativa a estos consumos.		25%
	Inoportunidad en la entrega de Medicamentos e Insumos Medicos.	Alertas Emitidas por los Laboratorios o el Proveedor	Realizar Seguimiento a las Alertas Emitidas por los Laboratorios y el Proveedor.	30%	Regente de Farmacia	Mensual	se consulta la pagina del invima para revisar que alertas sanitarias existen de medicamentos y productos biologicos.	consultas invima		33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Estudio de Oportunidad y Conveniencia, contrato relizado para la Adquisición.	40%	Subgerente en Salud y Regente de Farmacia	Trimestral	Se realiza el estudio de necesidades de manera cuatrimestral y es firmado por la subgerente de salud, durante la vigencia 2023 se realizo el estudio de conveniencia y oportunidad con fecha 01 de febrero de 2023	RUFA/ escritorio carpeta estudios- carpeta de primer suministros de marzo y dm 2023 2		33%
		Formato de Solicitud de Necesidades realizado por las Auxiliares de Farmacia.	Soporte de la Distribución oportuna de Medicamentos e Insumos medico según solicitud de Necesidades.	30%	Sub gerente en salud, Regente de Farmacia y Auxiliares de Farmacia	Mensual	se hace la entrega del Formato de Solicitud de Necesidades teniendo en cuenta las necesidades de medicamentos que se presentan en el centro de salud, los medicamentos con los que no se cuenta, se verifica la disponibilidad en la sede central para solicitar el debido traslado.	formato diligenciado solicitud de necesidades codigo GFM-FO-018 VERSION 01		33%
Apoyo Diagnostico y complementación Terapeutica	Incumplimiento e Inoportunidad en la presentación de Información según Normatividad y fechas establecidas a las entidades de Vigilancia y Control internas y externas.	Manuales de Farmacia y Protocolos existentes.	Actualización de los Manuales según cambios en la Normatividad.	50%	Regente de Farmacia.	Semestral	Manuales: asilar de farmacia, farmacovigilancia,medicamentos de control especial, medicamentos lasa.	documentos PDF Ruta- documentos auditorias-manuales de farmacia		33%
		Formatos aprobados por calidad	Realizar Adherencia al personal asistencial sobre todo lo relacionado con el Sub proceso de Farmacia	50%	Regente de Farmacia.	Trimestral	08 de febrero de2023 se realizo socializacion del manual de procesos farmaceuticos	control de asistencia de fecha 08 de febrero de 2023		33%
	Desvios de recursos Económicos y físicos	Certificación de Inventarios por parte de los Directores y responsables decada Hospital y Centros de Salud	Seguimiento a los Inventarios de manera trimestral y realización de Inventarios Semestrales	33.3%	Sub gerente en Slud, Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral y semestral	cuenta con la certificacion de inventario con corte al 26 de enero de 2023	evidencia en correo electronico y medio fisico.		33%
		Semaforización total de los medicamentos e Insumos Medicos existentes.	Inventario semestral	33.3%	Auxiliares de Farmacia, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Semestral	cuenta con la zemforizacion de medicamentos a 7 12 y ams de 12 meses.	inventario de medicamentos por colores		33%
		Formato de Flotación a seis meses, procedimiento de semaforización	Seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer y vencidos y su respectiva zemaforización	33.3%	Regente de Farmacia, Auxiliares de Farmacia, Personal Asistencial, Directores y Coordinadores de los Centros de Salud.	Trimestral	se hace el seguimiento por medio de 360 en donde se detecta automaticamnte los medicamentos proximos a vencer.			25%
	Incumplimiento de la normatividad	Formato de Consolidación de la información	Reporte oportuno de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestre	se realiza el reporte de las resoluciones 202 y 2175 previa verificacion con la coordinadora de pgm y facturacion, con el fin de consolidar la informacion. El cargue de informacion esta a cargo de ctspro arauquita			33%
		Verificación de la información enviada	Validacion y consolidacion la información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	Se recibe dentro de los primeros 5 días de cada mes en donde se consolida en el formato 09-final-consolidado-cir030-056, posteriormente la información es remisada a las eps. Y el soporte del envío es enviado a	Evidencias formato 09-final-consolidado-cir030-056, y correos con el soportez del envio		33%
	Baja disponibilidad de informacion al usuario	Informe de gestión, Informe de solicitudes de inormación mensual.	Capacitacion a usuarios, funcionario s y contratistas de ley de trasparencia y acceso a la informacion, ley 1712 de 2014	50%	Profesional de Sistemas de Informacion.	Trimestral	No se realiza por parte de sistemas de información	No se evidencia informacion	Se recomienda realizar capacitaciones a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad	0%
Sistemas de información Estadisticos	Posibilidad de pérdida reputacional Por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea e imprecisa respuesta de sus solicitudes de información	Seguimiento de Solicitudes de Información Formato de Consolidación de la información	Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información teniendo en cuenta número de solicitudes recibidas, número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	100%	Profesional de Sistemas de Informacion.	trimestral	La información es recibida por la profesional de correspondencia mediante el informe de gestión en donde se consolida la información, el promedio de respuesta del primer trimestre fueron 10 días hábiles	Informe de gestión el cual es envida a planeación de manera trimestral. Evidencia correo electrónico		33%
	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	Formatos de consolidación de informes (Res. 1552/ Res. 256)	Reporte de los informes mensuales dentro de los tiempos establecidos	100%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	dentro de los tres primeros días de cada mes se realiza el informe de la resolucion 1552, endometritis e inasistencia. Y antes de los 5 días se elabora informes de 256 tipo 2 tipo 6 y tipo 5, de la misma manera del informe de produccion general.			33%
	No confiabilidad de indicadores y datos estadisticos	Matriz de indicadores	Validacion y consolidacion la información Estadística de manera mensual	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	La matriz de indicadores para la validación y consolidación de la información estadística no se ha implementado	No se ha realizado validación y consolidación de la información estadística	Se recomienda diligenciar matriz de indicadores de manera trimestral	0%
		Envío de soportez a Control Interno	Reporte de informes trimestrales de producción a la junta directiva.	50%	Profesional de Sistemas de Informacion	trimestral	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplía plazo para reportes trimestrales	La junta directiva se reunió en el mes de febrero 2023, sin embargo a esta fecha no se cumplía plazo para reportes trimestrales	Se recomienda realizar la presentación del informe para el segundo trimestre	0%
SIAU	Incumplimiento a la normatividad	Actualización permanente del Manual SIAU	Actualización y socialización del manual cuando sea Oportuno	50%	Lider SIAU	Cada vez que se desarrolle la actividad se ejecutará el control	Información constante a los usuarios sobre derechos y deberes y sobre las pqrs.	Registro mensual de asistencia y registro fotográfico.		33%
		Procedimiento	Documento (Manual) y socialización	50%			Soliacitacion constante	Capacitación realizada en el mes de abril soporte planilla de asistencia y registro fotográfico.		17%

4.3 PROCESOS APOYO

4.3.1 PRESUPUESTO.

Este proceso, que es parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un resultado del **54%,** durante el primer cuatrimestre 2023, las entidades de control han estado actualización de Normas: Contraloría. Según Mapa de Riesgo se plantea fecha de cumplimiento de actividad durante el primer semestre de la vigencia, se recomienda la actualización del Manual Operativo de Presupuesto y su socialización, adherencia al personal del área, ya que se encuentra con fecha de Nov 2014. También es necesario implementar el software salud360, se continúa trabajando con Dinámica Gerencial, como se evidencia en el cuadro a continuación.

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
PROCESO DE APOYO										
Gestión Presupuesto	Incumplimiento de la Norma por desconocimiento de la misma	Normograma	Actualización del normograma	50%	Líder de Presupuesto	Semestral	Actualmente se encuentra en actualización de normograma	En PC de líder de presupuesto	Durante el primer cuatrimestre 2023, las entidades de control han estado direccionando las entidades en actualización de normas: Contraloría . Según Mapa de Riesgo se plantea fecha de cumplimiento de actividad durante el primer semestre de la vigencia	20%
			Seguimiento de la implementación de la norma de acuerdo a aprobación de presupuesto por Junta Directiva	50%			Actualmente se encuentra en actualización de normograma.	Seguimiento a normatividad, especialmente de Contraloría Nal., con direccionamientos a presupuesto	Durante el primer cuatrimestre 2023, las entidades de control han estado direccionando las entidades en actualización de normas: Contraloría	20%
	Desactualización de procedimientos del proceso presupuestal	Instructivo de preparación del presupuesto	Documentar los procedimientos necesarios del área	100%	Líder de Presupuesto	Trimestral	Documentar/ actualizar los procedimientos necesarios del área	Pc: escritorio/gestión presupuesto	Se encuentra Manual Operativo de Presupuesto, con fecha de Nov 2014	0%
	Desconocimiento del manejo del software	Software 360	Verificar la aplicación y los pasos del proceso	50%	Líder de Presupuesto	Trimestral	Se realizó socialización con personal del área	Se cuenta con listado de asistencia de socialización de Indicadores, POA y mapa de riesgos	Hasta la fecha no se ha implementado el software salud360, se continua trabajando con Dinámica Gerencial	33%
			Movimientos presupuestales dentro del sistema y documentos de apoyo	50%	Líder de Presupuesto	Trimestral	Se encuentra en ejecución dentro del área de Dinámica gerencial	Evidencias documentadas y en dinámica gerencial		33%
	Afectar rubros de forma incorrecta del gasto en beneficio de un tercero	Manual de Presupuesto	Actualizar Manual de Presupuesto, socialización y adherencia	100%	Líder de Presupuesto	Permanente	Según líder del área se encuentra en ejecución	Sin evidencia de actividad	Se recomienda actualizar manual de Presupuesto, su socialización y adherencia al personal del área	0%

4.3.2 CONTABILIDAD.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **54%,** Se recomienda iniciar con actualización del procedimiento de saneamiento contable, elaborar cronograma interno para manejo de vencimiento de informes a entes de control y gestión de actas de consumos, para registro mensual, como se evidencia en el siguiente cuadro.

Gestión Contabilidad	Desarticulación en los procesos que intervienen en la depuración	Procedimiento de saneamiento contable	Actualización del procedimiento de saneamiento contable	100%	Líder de Gestión Contabilidad	Trimestral	Durante el primer cuatrimestre 2023 no se actualizó este procedimiento	No existe evidencia	Se recomienda iniciar con actualización del procedimiento de saneamiento contable	0%
	Falta de revisión en el balance por terceros	Generación oportuna de Estados Financieros	Diseño de controles eficiente y eficaz	100%	Líder de Gestión Contabilidad	Trimestral	Actualmente se está trabajando según cronograma de entes de control	Cronograma entes de control	Se recomienda elaborar cronograma interno para manejo de vencimiento de informes a entes de control	20%
	Falta de envío de acta de consumo por parte de almacén para el registro mensual	Presentación de actas de consumo	Solicitud vía magnética por el área Financiera	100%	Líder de Gestión Contabilidad	Trimestral	Se realizó oficio al área de recursos físicos y tecnológicos con solicitud de acta de consumo	Se evidencia en correo electrónico de contabilidad	Se recomienda gestión de actas de consumos, para registro mensual	33%

4.3.3 CUENTAS MEDICAS

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del 100%, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Gestión Auditoria de cuentas medicas	Inoportunidad de respuesta de Glosas según la Normatividad vigente	Respuestas físicas	Respuesta de glosas oportuna software	100%	Auditora de Cuentas Medicas	Trimestral	Se genera informe desde salud360, se reciben glosas de parte de las diferentes ERP, se registran y se contestan en el aplicativo 360 en los tiempos normativos vigentes	Se evidencia el tramite relacionado en el software salud360, se evidencia soportes de envíos en archivo físico		33%

4.3.4 CARTERA.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **100%,** como se evidencia en el siguiente cuadro:

Subproceso cartera	Crecimiento en el monto y edad de cartera	Seguimiento de la cartera mayor a 360 dias con el fin de evitar el crecimiento de la misma	Actas de conciliación de saldos de cartera	50%	Líder de Cartera	Trimestral	Se han realizado actas de conciliación de saldos de cartera con nueva eps, coosalud, unidad de salud, sanidad militar, sanitas. Se ha realizado gestión escrita con el ministerio de salud y protección social, para temas de saldos de cartera publicación migrante y vacunación covid	Se encuentran en Pc cartera: escritorio/sub.cartera/escritorio/cartera/actas superintendencia salud		33%
			Requerimientos órganos de control	50%						
	Incumplimiento metas proyectadas de recaudo	Visitas IPS a fin de realizar cruce, depuración y acuerdos de pago con las diferentes EPS	Requerimientos y respuesta oportuna a solicitudes realizadas	50%	Líder de Cartera	Trimestral	Acta de acuerdo de pago con nueva EPS por $501.568.819 , Anexo técnico 1 con EPS Sanitas por valor de $143.542.427	Se encuentran en Pc cartera: escritorio/sub.cartera/escritorio/cartera/actas superintendencia salud		33%
			Seguimiento a politicas, actualizaciones que permitan un mejoramiento	50%			Se realizan actualizaciones en plataforma del ministerio de salud en relación a facturas radicadas y pagos	Seguimiento con evidencia en plataforma de Minsalud		33%

4.3.5 RECURSOS FISICOS

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del 63% Se recomienda llevar a término los inventarios completos de los hospitales faltantes. Igualmente llevar al día el inventario de los elementos de aseo, papelería e insumos de odontología, laboratorio y RX"

Así mismo se almacenar evidencias en carpeta digital de manera organizada en PC de recursos físicos y verificar normatividad y gestionar de ser necesario la actualización del proceso, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
PROCESOS DE APOYO										
Recursos físicos	Perdida de recursos físicos	Manual de procedimiento de Almacén	Realizar el inventario físico de la Entidad de forma anual y una verificación de forma semestral	30%	Líder de Recursos físicos	Semestral	Se realizó inventario de propiedad planta y equipo, muebles y enseres y equipos biomédicos de: Hospital Tame, Cravo Norte, Centro de salud Panamá y Puerto Jordán y San Lorenzo de Arauquita.	Se evidencian actas de activos por responsables firmadas por director de cada hospital y centro de salud. Se encuentra en ejecucion con plazo para el primer seguimiento planteado hasta el 30 de jun/2023	Se recomienda llevar a término los inventarios completos de los hospitales faltantes. Asi mismo se recomienda almacenar evidencias en carpeta digital de manera organizada en PC de recursos físicos. Igualmente se recomienda llevar al dia el inventario de los elementos de aseo, papelería e insumos de odontología, laboratorio y RX	33%
		Plan de adquisiciones	Actualizar el manual de procedimientos de almacén de forma anual y/o cuando se requiera por norma.	30%	Líder de Recursos físicos	Cuatrimestral	Aun no se ha terminado de actualizar Manual de procedimientos de almacén	Sin evidencias		0%
			Socialización manual actualizado	20%	Líder de Recursos físicos	Cuatrimestral	Aun no se ha terminado de actualizar Manual de procedimientos de almacén	Sin evidencias		0%
		Software 360	Adherencia manual de proceso	20%	Líder de Recursos físicos	Cuatrimestral	Aun no se ha terminado de actualizar Manual de procedimientos de almacén	Sin evidencias		0%
	Incumplimiento a la normatividad	Normograma	Actualizar normograma	33%	Líder de Recursos físicos	Permanente	Se encuentra documento con fecha de octubre de 2022	PC: almacén/documentos/almacen2023/almacén/Rubén/2023/gestión almacén/4.formatos	Se recomienda verificar normatividad y gestionar de ser necesario la actualizacion del proceso	33%
		Plan de Adquisiones	Plan de Adquisiones	33%	Líder de Recursos físicos	Anual	Se realizó y socializó plan anual de adquisiones en el mes de enero 2023	Plan de Adquisiones		33%
		Plan de mantenimiento de hospitalario	Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario	34%	Líder de Recursos físicos	Semestral	Se tiene programado para realizar en el mes de julio /2023	Plan de mantenimiento hospitalario	Se realiza seguimiento de manera semestral	33%
			Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de dotación industrial	8,33%	Líder de Recursos físicos	Semestral	Se tiene programado para realizar en el mes de julio /2024	Plan de mantenimiento hospitalario de dotación industrial	Se realiza seguimiento de manera semestral	33%
			Seguimiento al Plan de Mantenimiento hospitalario de infraestructura física	8,33%	Líder de Recursos físicos	Semestral	Se tiene programado para realizar en el mes de julio /2025	Plan de mantenimiento hospitalario de infraestructura física	Se realiza seguimiento de manera semestral	33%
		Caracterización	Actualizar el proceso y procedimientos necesarios	100%	Líder sistemas y tecnologías	Cuatrimestral	Se encuentra en ejecución de actualización de procedimientos, según caracterización	Se encuentra en ejecución de actualización de procedimientos, según caracterización		20%
	Contaminación de las unidades asistenciales	Procedimiento de baja de bienes de la ESE mi	Reportar a saneamiento contable y contabilidad los bienes y equipos inservibles	8,33	profesional de Contabilidad, profesional de saneamiento contable	Trimestral	En el cuatrimestre no se ha levantado la información	sin evidencias	Se tiene programado para realizar en el segundo cuatrimestre 2023	0%
		Plan de mantenimiento de hospitalario	Aplicar el plan de mantenimiento hospitalario	8,33	servicios generales/técnico mantenimiento/directore s/almacenista	Trimestral	Se reciben reportes mensualmente del contratista según cronograma establecido	Se cuenta con reportes en correo electrónico (almacén)		33%

4.3.6 TESORERIA.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **100%**, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Gestión Tesorería	Desvíos de recursos financieros a favor de un tercero	Procedimiento para la programación de pagos	Diseñar formato de control de transferencia	25%	Tesorera General	Trimestral	Se cuenta con documento excel descargado de plataforma de las entidades bancarias, en el cual se realiza la programación de transferencias	en PC de Tesorería: misdocumentos/bancos/2023 y en medio físico		33%
		Respetar los tiempos para el proceso de pago	Organizar y realizar archivos para transferencia por Sede.	25%	Tesorera General	Trimestral	Se cuenta con documento excel descargado de plataforma de las entidades bancarias, en el cual se realiza la programación de transferencias por sedes de la red hospitalaria	en PC de Tesorería: misdocumentos/bancos/2023 y en medio físico		33%
		Organizar y clasificar relación de pagos por sedes	Realizar pagos por sede	50%	Tesorera General	Trimestral	Se reciben paquetes por hospitales y centros de salud, se organizan y se procede a realizar el archivo anterior, se carga en plataforma de cada entidad bancaria y se realizan los pagos pertinentes.	En PC de Tesorería: mis documentos/bancos/2023 , en medio físico y queda evidencia en plataforma de cada entidad bancaria		33%
		Procedimiento de pago por transferencias por sede					Se reciben paquetes por hospitales y centros de salud, se organizan y se procede a realizar el archivo anterior, se carga en plataforma de cada entidad bancaria y se realizan los pagos pertinentes.	En PC de Tesorería: mis documentos/bancos/2023 , en medio físico y queda evidencia en plataforma de cada entidad bancaria		33%

4.3.7 FACTURACIÓN.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **78%,** Falta solicitar la información escrita, al área de auditoria médica y realizar seguimiento a los motivos de glosas y devoluciones

Se recomienda diligenciar el control de asistencia en cada uno de las capacitaciones y socializaciones y que se realice la medición de la adherencia a la información suministrada al personal de facturación. Como se evidencia en el siguiente cuadro:

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Gestión Facturación	Liquidación incorrectos de los servicios prestados al usuario	Capacitación al Talento Humano tema de contratación con las diferentes EAPB y recaudo de recursos	Capacitar periódica (trimestral) de la contratación suscrita y vigente con las diferentes EAPB	50%	Coordinador de Facturación	Trimestral	Se socializó toda la contratación vigente y tarifas de la ESE Moreno y Clavijo con los técnicos de facturación de cada uno de los hospitales. Fecha 09 de marzo de 2023	La evidencia de las capacitaciones al TH (Técnicos de Facturación) se encuentran en correo electrónico de líder de facturación. Así mismo se sugiere almacenar evidencias en carpeta de PC	Se recomienda diligenciar el control de asistencia en cada uno de las capacitaciones y socializaciones que se realizan al personal de facturación.	33%
		Socialización de motivos de Glosas suministrados por Auditoria medica	Seguimiento a los motivos de glosas y devoluciones de manera trimestral	50%	Coordinador de Facturación		El líder del proceso manifiesta que en el primer trimestre 2023, no se realizó esta actividad debido a que el área de auditoria medica no ha suministrado la información el cual ha sido solicitada de manera verbal	Sin evidencias	Se recomienda solicitar la información escrita, al área de auditoria médica y realizar seguimiento a los motivos de glosas y devoluciones	0%
	Personal con conocimientos deficientes e insuficientes	Socialización, capacitaciones de temas concernientes a facturación	Realizar socializaciones periódicas de los diferentes temas a los facturadores de las diferentes unidades asistenciales	50%	Coordinador de Facturación	Trimestral	El líder de facturación manifiesta que se realizó capacitaciónes en temas como: salud 360, Contratacion de servicios a prestar con EPS. Asi mismo se hizo énfasis en la facturación oportuna con sus soportes.	Se evidencian correos electrónicos	Se recomienda que al momento de realizar capacitaciones o socializaciones se diligencie el control de asistencia en cada uno de ellas y se realice la medición de la adherencia a la información suministrada	15%
			Capacitación periódica al personal del proceso de facturación	25%	Coordinador de Facturación	Trimestral				
	Perdida de dinero por facturas devueltas		Seguimiento a los motivos de las facturas aceptadas y su responsable	25%	Coordinador de Facturación, Cajeros - facturadores de las Unidades asistenciales	Mensual	Esta actividad se viene realizando de manera mensual	Se evidencia en software salud360, se descarga archivo excel y se lleva de manera consecutivo cada seguimiento		33%
	Incumplimiento de los indicadores de gestión	Informe de gestión e indicadores	Realizar informe de gestión e indicadores de manera trimestral	100	Coordinador de Facturación	Trimestral	Se presenta informe de las actividades en las que facturación ha participado en las mesas de negociación para la contratación con las EAPE, con la facturación generada y radicada, y la descripción de las falencias en cada uno de los hospitales con las medidas de mejora fecha de presentación 20 de abril de 2023. presentado ante la sub gerencia financiera.	Se evidencia en la ruta/ disco local c 1. facturacion-facturacion 2023- informe de gestión	33	33%
	Facturación sin radicar de servicios prestados	Envío de la facturación físico los primeros 06 días de cada mes	Seguimiento al envío de la facturación física por las unidades asistenciales los primeros 06 días de cada mes	50%	Coordinador de Facturación, Técnico de Radicación y Apoyo de Facturación	Mensual	Se realiza mediante los informes que se reciben por parte de los hospitales de manera mensual	Se evidencia en ultima relación de facturas - abril 2023		33%
		Radicación de la facturación en los tiempos de ley	Seguimiento de la facturación radicada en los tiempos de ley	50%	Coordinador de Facturación Técnico de Radicación y Apoyo de Facturación		Se realiza de manera mensual y se entrega a cartera el 25 de cada mes. Ultima radicación de fecha 25 de abril 2023	Se evidencia en acta de entrega de facturación radicada		33%

4.3.8 GESTIÓN DOCUMENTAL.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **100%**, como se evidencia en el siguiente cuadro.

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
GESTIÓN DOCUMENTAL										
Gestión Documental	Perdida de documentación	Programa de Gestión Documental	Aprobación, publicación, socialización y aplicación del SIC - en su componente Plan de Conservación Documental. Ejecucion y seguimiento de PINAR (campañas de socilización de la responsabilidad en la organización de los archivos.	25%	líder de Gestión Documental	Trimestral	Se encuentra la publicación de la aplicación del SIC	Registro de activos de la información: https://esemorenoyclavijo.gov.co/registro-de-activos-de-informacion/ Indice de información clasificada y reservada: https://esemorenoyclavijo.gov.co/indice-de-informacion-clasificada-y-reservada/ Esquema de publicación de la información: https://esemorenoyclavijo.gov.co/esquema-de-publicacion-de-informacion/		33%
		Formatos Control Préstamos		33%	Líder de Gestión Documental	Trimestral	Se realizaron campañas de socialización en seguimiento a los hospital de arauquita y sede administrativa con archivo central (TH, oficina jurídica, control interno, tesorería)	Se cuenta con planillas de asistencia en físico y evidencia fotográfica		33%
		Formato Inventario Documental	Realizar seguimiento y control para verificar la organización de los Archivos de Gestión y aplicación de las TRD, Diligenciar los FUID de cada unos de los Municipios y Sede Central, correspondiente al Archivo de Gestión.	33%	líder de Gestión Documental	Trimestral	Se cuenta con inventarios documentales de la oficina jurídica a vigencia 2021, de Tesorería 2023, oficina gerencia hasta 2022, planeación hasta 2020	Se evidencia inventario documental electrónico en PC: oficina gestión documental	Se recomienda continuar con los seguimientos y control de verificación y elaboración de archivos de gestión	33%
		Formato de registro de incidentes y accidentes documentales, formato de prevención de Emergencias y desastres documentales	Entrega de formato GDO-FO-043 debidamente diligenciado	34%	líder de Gestión Documental	Trimestral	Se cuenta con formato GDO-FO-043 debidamente diligenciado	Se evidencia inventario documental electrónico en PC: oficina gestión documental		33%

4.3.9 TALENTO HUMANO.

Este proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **100%**, Se recomienda actualizar normograma del proceso y el Manual de Funciones del proceso Gestión del Talento Humano de la vigencia 2023.

Una vez actualizado el Normograma y el Manual de Funciones del proceso Gestión del Talento Humano se debe publicar y socializar y evaluar la adherencia al personal capacitado, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
TALENTO HUMANO										
Gestión Talento Humano	Favorecimiento a través de la contratación de servicios a favor de Terceros	Procedimiento de contratación de personal	Control de la contratación mediante formato GTH -FO-054 /2023	30%	Líder Talento Humano	Trimestral	Se realiza por medio de formato indicado, se alimenta mensualmente de acuerdo a la contratación	Formato GTH-FO-054 Disco localD:escritorio/todoenuno/2023/contratación		33%
		Procedimiento de Planeación de talento humano	Verificación de perfiles y competencias de la vinculación del personal	50%	Líder Talento Humano	Mensual	Se realiza mediante la revisión de hojas de vida, de acuerdo a las necesidades de estudio previo, por medio de lista de chequeo el cual se anexa en medio físico a la hoja de vida	Lista de chequeo formato de revisión de documentación de la hoja de vida GTH_FO_011 V.04		33%
			Verificación de contratos vs los estudios de necesidades	20%	Líder Talento Humano	Trimestral	Desde los hospitales y centros de salud se realizan novedades de personal, se hace comparaciones con necesidades, realizando el cruce mensual	Por medio de formato control necesidad del personal para contratación V.01 GTH_FO_062		33%
	Incumplimiento a la normatividad	Normograma Actualizado	Actualización del normograma del proceso de Gestión del Talento Humano	50%	Líder Gestión Talento Humano	Semestral	El periodo de seguimiento no se realizó actividad	Sin evidencia	Se recomienda actualizar normograma del proceso a vigencia 2023. Plazo: primer semestre 2023	33%
			Socialización y publicación del normograma del proceso de Gestión del Talento	50%	Líder Gestión Talento Humano	Semestral	En el periodo de seguimiento no se realizó actividad	Sin evidencia	Una vez actualizado el normograma del proceso se debe publicar y socializar	33%
	Desactualización de la documentación del proceso	Manual de Funciones actualizado	Actualización del Manual de Funciones del proceso Gestión del Talento Humano	50%	Líder Gestión Talento Humano	Semestral	En el periodo de seguimiento no se realizó actividad	Sin evidencia	Se recomienda actualización del Manual de Funciones del proceso Gestión del Talento Humano. Plazo estipulado: Primer semestre 2023	33%
			Socialización y publicación del proceso de Gestión del Talento Humano	50%	Líder Gestión Talento Humano	Semestral	En el periodo de seguimiento no se realizó actividad	Sin evidencia	Se recomienda que una vez se actualice el manual de funciones debe socializarse y publicarse	33%

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
SALUD OCUPACIONAL										
Seguridad y Salud en el trabajo	Incumplimiento a la normatividad	Verificar permanetemente la normatividad	Evidenciar o soportar los examenes en las Hojas de vida y en el Equipo de Computo	33%	Coordinador de Salud ocupacional	Anual y/o permanente según la necesidad	Se están realizando de exámenes medico ocupacionales de ingreso, periodicos(cada 6 meses) y de	En carpetas de hojas de vida del personal y en medio electronico en PC:seguridad y salud/2023/examenes medico ocupacionales		33%
			Reportes oportunos en la Plataforma de ARL	33%	Coordinador de Salud ocupacional	Permanente según la necesidad	Se está realizando el reporte de manera oportuno inmediato	Durante el primer cuatrimestre se realizaron 4 reportes de HSAT, HSLA, P.S.Panamá y HSJD Se encuentra en plataforma de positiva Alissta y en plataforma de Sura - ARL. Igualmente se envían para sede del personal implicado y de manera fisica		33%
			Capacitar al personal en Plan de Emergencias y seguridad vial con medición de la adeherencia	34%	Coordinador de Salud ocupacional	Trimestral	Se realizó capacitaciones en el tema en hospitales: cravo Norte, P.Rondon, Arauquita, la Esmeralda y hospital Tame	Fotograficas y planillas de asistencia	Se recomienda aplicación de evaluacion de adherencia al personal capacitado	20%

4.3.10 GESTIÓN DE SISTEMAS.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **67%**, Se recomienda realizar normograma del proceso

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Sistemas y Tecnologia	Incumplimiento a la normatividad	Actualización del Normograma	Actualizar el normograma de gestión sistemas y tecnologías	33%	Lider sistemas y tecnologias	.	Se encuentra en ejecución	Sin evidencia	Se recomienda realizar normograma del proceso	0%
			Actualizar el **Plan** de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Equipos de Computo, el **Procedimiento** de Copias de Seguridad, **procedimiento** de uso de los equipos informáticos, **Plan** de contingencia informática, implementación del **plan** de seguridad y privacidad de la información	34%			Se cuenta con: Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Equipos de Computo Se cuenta con política (procedimiento) de uso de los equipos informáticos Procedimiento para la realización de Copias de Seguridad Plan de seguridad y privacidad de la información Manual de contingencia informática	En servidor de datos de la entidad:carpeta compartida informes 2023		33%
		Caracterización del proceso	Seguimiento de adopción de los procedimientos, a través de indicadores	33%			Se cuenta con seguimiento de adopción de los procedimientos, a través de indicadores de hospitales y centros de salud adscritos a la ESE	Se evidencia en google forms, descargado y almacenado en servidor:carpeta info/sistemas		33%

4.3.11 GESTIÓN AMBIENTAL.

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del **67%**, Se recomienda continuar con la socialización del plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares PGIRHS en todos los hospitales y centros de salud de la red hospitalaria de la ESE y realizar adherencia al personal, una vez se termine la socialización como se evidencia en el siguiente cuadro:

Gestión Ambiental	Desconocimiento de los procedimientos y protocolos del proceso	Capacitación al Talento Humano en el tema y medición de la adherencia	Actualizar y ajustar el plan de gestión integral de residuos solidos hospitalarios y similares PGIRHS	33%	Líder del Sistema de Gestión Ambiental	Permanente	El plan de Gestión integral de residuos solidos hospitalarios y similares – PGIRHS, que se tiene actualmente, cuanta con actualización y modificación del código de colores – clasificación de residuos solidos, en Julio de 2022 y con resolución 245 de Septiembre de 2022	Resolución 245 de septiembre 2022 Documento PGIRHS actualizado		33%
			Socializar el plan de gestión integral de residuos solidos hospitalarios y similares PGIRHS	34%	Líder del Sistema de Gestión Ambiental	Semestral	Se realizó socialización de Plan en: Centro de Salud Panamá, Hospital Cravo Norte y Centro de Salud Puerto Jordán	Se cuenta con planillas de asistencia de las socializaciones de cada hospital socializado	Se recomienda continuar con la socialización en todos los hospitales y centros de salud de la red ESE	33%
			Medir la Adherencia	33%			No se ha realizado	Sin evidencia	Se recomienda realizar adherencia al personal, una vez se termine la socialización	0%

4.3.12 GESTION CALIDAD

Proceso que hace parte de la Subgerencia administrativa y financiera, obtuvo un puntaje del 100%, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
Gestión Calidad	Documentación desactualizada en los diferentes procesos y subprocesos de la ESE Moreno y Clavijo	Listado maestros de Documentos de los procesos/subprocesos.	Actualizar la documentación cada vez que se requiera	33%	Profesional Gestión Calidad	Trimestral	Durante el primer cuatrimestre de 2023 se actualizó listado maestro de documentos	Se encuentra en escritorio de gestión de calidad: procesos		33%
		Procedimiento para la creación y control de documentos	Socialización de la documentación actualizada, con cada uno de los líderes de procesos para ser socializada con el equipo	33%			En los meses de marzo y abril 2023 se realizó socialización de documentación actualizada con líderes de cada hospital y centro de salud adscritos a la desde de la ESE	Se cuenta con planillas de asistencias, evidencias fotográficas e informes escritos enviados a cada hospital o centro de salud		33%
			Seguimiento a la documentación presente en los servicios	34%			Se realizó seguimiento a la documentación en los servicios, junto con líderes de los procesos de la sede principal, se realizó depuración de documentos y formatos para ser socializado con líderes de los hospitales y centros de salud de la ESE	Se encuentra en escritorio de gestión de calidad: procesos		33%

4.4 PROCESOS DE EVALUACIÓN.

4.4.1 GESTIÓN JÚRIDICA:

A este proceso de Evaluación, pertenece la Gestión jurídica, de vital importancia en el mapa de riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2023. Se obtuvo un puntaje del **76%,** Falta actualizar y socializar el Manual de Contratación, actualización del Normograma de la entidad como se describe en el cuadro a continuación:

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimiento	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
JURÍDICA										
Gestion Juridica y Contratacion	Direccionamiento de contratación en favor de un tercero.	Contar con el Manual de contratación actualizado	Contar con Manual de contratación actualizado y realizar Estatuto de contratación	20%	Asesora Jurídica	Semestral	Se encuentra documentos en construcción	En PC de asesora jurídica y en acta de comité de gestión y desempeño		20%
			Realizar legalización de contratos dentro de los términos según Contratos Celebrados	30%	Asesora Jurídica	Trimestral	Se realiza legalización de contratos dentro los términos establecidos	En carpetas físicas en el área de gestión jurídica		33%
			Realizar Contratos según solicitud en estudios previos presentados por los subgerentes, asesores o líderes de procesos	15%	Asesora Jurídica	Trimestral	Se realizan contratos según solicitudes recibidas	En carpetas físicas en el área de gestión jurídica		33%
		Lista de chequeo mínima cuantía Lista de chequeo de Informalidades plenas	Aplicar lista de chequeo a cada uno de los contratos elaborados	15%	Asesora Jurídica- Apoyo Oficina Jurídica	Trimestral	Se aplica lista de chequeo a cada contrato elaborado	En carpetas físicas de cada contrato en el área de gestión jurídica		33%
		Publicación SECOP II y SIA Observa	Cargar y Publicar en la pagina de SECOP II y SIA observa	20%	Asesora Jurídica- Apoyo Oficina Jurídica	Trimestral	Se hace publicación oportuna de cargue de Secop y SIA	https://siaobserva.auditoria.gov.co/guesslinforme_cont_ciudadania1.aspx https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE		33%
	Incumplimiento Legal	Manual de Contratación Seguimiento a supervisores	Realizar contestación de las demandas dentro de los términos	20%	Asesor de jurídico	Trimestral	Se realizan contestación de demandas en los términos establecidos	Se evidencia en correo electrónico de asesora jurídica, se carga trimestralmente el informe de 2193		33%
			Actualización del normograma de la entidad	20%	Asesor de jurídico Lideres de procesos	Trimestral	En el periodo de seguimiento no se realizó actualización de normograma	No se evidencia actualización		0%
			Realizar respuestas a las acciones de tutelas de manera oportuna dentro de los términos	20%	Asesor jurídico	Trimestral	Se realizan contestación de acciones de tutelas en los términos establecidos	Se encuentran en correo electrónico de asesora jurídica, allegadas por Asesor jurídico externo de la entidad		33%
			Realizar legalización de contratos dentro de los términos según Contratos Celebrados	20%	Asesor jurídico	Trimestral	Se realiza legalización de contratos dentro de los términos establecidos	https://siaobserva.auditoria.gov.co/guesslinforme_cont_ciudadania1.aspx https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE		33%
			Socialización y publicación del normograma de la entidad	20%	Asesor jurídico	Trimestral	La actividad planteada no se ha realizado en el periodo de seguimiento	Sin evidencia		0%

4.4.2. CONTROL INTERNO

A este proceso de Evaluación, pertenece la Gestión y aseguramiento de calidad, de vital importancia en el mapa de riesgos, por que ayudan a tener controles implícitos que evitan o mitigan riesgos, estableciendo controles claros que permiten el cumplimiento de los objetivos plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional 2023. Se obtuvo un puntaje del 100%, Es necesario actualizar el Normograma para la vigencia 2023 como se evidencia en el siguiente cuadro a continuación:

Proceso/ Subproceso	Nombre del Riesgo	Control Existente	Acciones Preventivas	Peso de la Acción	Responsable de la acción	Periodo Seguimien	Acciones realizadas	Evidencias	Observaciones	Seguimiento 1
CONTROL INTERNO										
Seguimiento y Evaluacion	Incumplimiento de la Norma	Manual de Control Interno Actualizado	Actualizacion del normograma del proceso	33	Asesor Control Interno	Semestral	A la fecha de seguimiento se encuentra normograma a Diciembre de 2022	Se encuentra en PC: Asesorde control interno/normograma	Actualizar a jun/2023	33%
		Plan de Auditorias vigencia 2023	Verificación de acciones a realizar en el Programa de Auditrorias	34	Asesor Control Interno	Trimestral	Se estructuró y publicó plan de auditorias vigencia 2023	Publicado en la pagina institucional, https://esemorenoyclavijo.gov.co/planes-institucionales/		33%
		Seguimiento a Planes de mejoramiento Informe de las Auditorias	Entrega de Informes de acuerdo a las auditorias y seguimientos realizados	33	Asesor Control Interno	Trimestral	La oficina de control interno presentó oportunamente los informes de seguimiento y auditorias correspondiente al primer trimestre	Se encuentran evidencias de informes en: PC.asesora control interno(\\172.23.9.22)(Z)		33%

5. CONCLUSIONES, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

La metodología de seguimiento a través de las visitas a sitios de trabajo, permite lograr una interacción de la oficina de planeación, responsable del monitoreo, con cada uno de los líderes de procesos.
Para el siguiente monitoreo, se visitaron todos los centros asistenciales.
Fue común denominador la falta de adherencia y su evaluación, de las guías, protocolos, soportes organizados en carpetas con todas las evidencias (Registro Fotográfico, Planilla de Asistencias, Manual Actualizado), en cada en los procesos.
Es necesario capacitar a los funcionarios y contratistas respecto a la ley de transparencia y acceso a la información ley 1712 de 2014. Se debe hacer articulación con Talento Humano para gestionar esta actividad y Validar, consolidar la información Estadística de manera mensual para la Matriz de Indicadores para la validación.
En términos generales, se está cumpliendo con los objetivos trazados a través del Mapa de Riesgos Institucional 2023, los procesos de apoyo y seguimiento y control con mayor relevancia, quedando tareas inmediatas para el proceso asistencial, que deben ser gestionadas por los responsables del mismo.
La información que reposa en los PC, debe quedar en un backup y de forma permanente, sin importar si el o los responsables sean cambiados, porque ahí está la evidencia de los controles que se establecieron en Mapa de Riesgos Institucional 2023
.

Paula Andrea Duarte Lizarazo
Asesor de Planeación