



05GIS15-V6

Bogotá, 03 de marzo de 2021

Doctores

EGDAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS

Gerente

JAIRO ENRIQUE CASTRO

Director Hospital Regional Zipaquirá

NEIDY TINJACA R.

Jefe Oficina Asesora Jurídica

LILIANA SOFIA CEPEDA A.

Directora Científico

NUBIA GUERRERO P.

Directora de atención al Usuario

JOSE JAIME PINZON

Director de Financiera

SANDRA ELIANA RODRIGUEZ G.

Director Administrativo

YESID RAMIREZ MOYA

Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad

ANA CAROLINA SERNA

Coordinadora Unidad Funcional Zipaquirá

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

E. S. D.

ASUNTO: Evaluación gestión por dependencias 2020.

El informe de la Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias del año 2020, tomó como resultado de CUMPLIMIENTO DE METAS POA 2020, el cierre de la ejecución de las metas de producto Anual de los Planes Operativos Anual(s) POA 2020 y la calificación Plan indicativo Hospital Universitario de la Samaritana año 2020, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Anexo del Acuerdo No. 001 de febrero 24 de 2021.

Enmarcados dentro de MIPG, se consigna en la columna de **observaciones** del informe de la Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias del año 2020 lo siguiente:

- Lo del informe de los riesgos de Corrupción 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana por cada uno de los procesos
- Del Informe de seguimiento y evaluación de la matriz riesgos Institucionales 2020, con la matriz de riesgos Institucionales 2020: se identificaron los riesgos por cada uno de los procesos, las causas, los controles, los riesgos materializados en la vigencia, según el resultado de la encuesta<sup>1</sup> aplicada a los directivos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
- El seguimiento a las recomendaciones (en los casos en que sea adecuado) y se sugieren las auditorías Internas Independientes en donde se alcanza a identificar aspectos significativos de cada proceso.

<sup>1</sup> Una encuesta es un procedimiento dentro de los diseños de una investigación descriptiva en el que el investigador recopila datos mediante el cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información ya sea para entregarlo en forma de tríptico, gráfica o tabla. Los datos se obtienen realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa.



051



SC5520-1





05GIS15-V6

Conforme, a los nuevos lineamientos del anexo No. 001 de febrero de 2021, en el informe se vincularon a los procesos según la clasificación de **Direccionamiento, apoyo, misional y evaluación.**

Coherente a lo que establece el decreto 1083 de 2015, en su *Artículo 2.2.8.1.3*, el Acuerdo No. CNSC - 20181000006176 DEL 10-10-2018 en su Anexo técnico, adjunto lo del asunto en 29 folios útiles.

Es importante señalar que el pre informe de la Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias del año 2020, se envió vía correo electrónico el día 19 de febrero de 2021, para lo de su competencia.

Atentamente,



YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Adjunto: 29 folios

Proyecto/ Elaboro: María Clara M.R.



051




SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tel. 4077075

[www.hus.org.co](http://www.hus.org.co)

“Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada”

COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL		 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA</b> <i>Empresa Social del Estado</i>	
PERÍODO DE VIGENCIA	DÍA	MES	AÑO
	1	2	2020
PROCESO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL	CÓDIGO: F-ED-006	al	
	FECHA EMISIÓN	Página	Versión
	2016/12/27	1 de 1	2.0
	DÍA	MES	AÑO
	31	1	2021

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		OBSERVACIONES
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020
1.	GERENCIA	9.2
		<p>El plan Operativo Anual - POA vigencia segundo semestre 2020 de la E.S.E una vez realizada la gestión han sido calificados con el 92% de manera particular para el proceso de <b>Direccionamiento</b> registra los siguientes indicadores: para la sede Bogotá registro una calificación de 89%, con sesenta y una (61) metas cumplidas de un total de metas de producto de setenta (70); la calificación del HRZ es de 100% con treinta y una (31) metas de producto proyectadas y cumplidas; y la UFZ obtuvo una calificación de 93.5% con cuarenta y siete (47) metas cumplidas de un total de cincuenta y una (51) metas de producto.</p> <p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo Hospital Universitario de la Samaritana segundo semestre 2020 es 46% del 50% y el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 en lo correspondiente a la vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es del 92% del 100% de la vigencia 2020.</p> <p><b>Riesgos Institucionales 2020</b></p>

Acuerdo No.001 de 24 de febrero de 2021 de la Junta Directiva. Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan Operativo Anual vigencia 2020 y seguimiento al Plan Indicativo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA



2021

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES																													
			<p><b>Matriz de Riesgos de Corrupción 2020</b>                      La matriz de riesgos de corrupción de la E.S.E. 2020 contiene los siguientes riesgos de corrupción del proceso:</p> <table border="1" data-bbox="422 136 698 903"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>RIESGO</th> <th>OBSERVACION MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bogotá / Zipaquirá</td> <td>Posibilidad de Exceder las facultades Gerenciales</td> <td>La zona de Riesgo de corrupción (EXTREMA A MODERADA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.</td> </tr> <tr> <td>Direcciónamiento estratégico</td> <td>Inadecuado manejo del proceso de Contratación</td> <td>La zona de Riesgo de corrupción (EXTREMA A BAJA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.</td> </tr> </tbody> </table> <p>La matriz Institucional de riesgos 2020 contiene del proceso de Direcciónamiento Estratégico los siguientes riesgos institucionales:</p> <table border="1" data-bbox="779 168 941 1134"> <thead> <tr> <th>PROCESO (S)</th> <th>RIESGOS INSTITUCIONAL</th> <th>CAUSAS RIESGOS</th> <th>CONTROLES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Direcciónamiento Estratégico</td> <td>6</td> <td>13</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table> <p>Al comparar los riesgos Institucionales y los controles se evidencia que dos (2) riesgos de las matrices institucionales las vigencias 2019 y 2020 registran la misma evaluación de zonas de riesgos, el nombre de los controles es idéntico, lo mismo que su diseño, por lo tanto la evaluación de los riesgos no registra avance alguno dentro de la matriz de riesgos Institucional 2020.</p> <table border="1" data-bbox="1104 136 1315 1176"> <thead> <tr> <th>UNIDAD FUNCIONAL</th> <th>RIESGO</th> <th>ZONA DE RIESGO 2020</th> <th>ZONA DE RIESGO 2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bogotá/Zipaquirá</td> <td>Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Incumplimiento del Plan Indicativo y Plan Operativo Anual (POA)</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> </tbody> </table> <p>Con los resultados de la encuesta de riesgos institucionales 2020 elaborada por la oficina Asesora de</p>	PROCESO	RIESGO	OBSERVACION MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	Bogotá / Zipaquirá	Posibilidad de Exceder las facultades Gerenciales	La zona de Riesgo de corrupción (EXTREMA A MODERADA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.	Direcciónamiento estratégico	Inadecuado manejo del proceso de Contratación	La zona de Riesgo de corrupción (EXTREMA A BAJA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.	PROCESO (S)	RIESGOS INSTITUCIONAL	CAUSAS RIESGOS	CONTROLES	Direcciónamiento Estratégico	6	13	11	UNIDAD FUNCIONAL	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2020	ZONA DE RIESGO 2019	Bogotá/Zipaquirá	Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA		Incumplimiento del Plan Indicativo y Plan Operativo Anual (POA)	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA
PROCESO	RIESGO	OBSERVACION MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																														
Bogotá / Zipaquirá	Posibilidad de Exceder las facultades Gerenciales	La zona de Riesgo de corrupción (EXTREMA A MODERADA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.																														
Direcciónamiento estratégico	Inadecuado manejo del proceso de Contratación	La zona de Riesgo de corrupción (EXTREMA A BAJA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.																														
PROCESO (S)	RIESGOS INSTITUCIONAL	CAUSAS RIESGOS	CONTROLES																													
Direcciónamiento Estratégico	6	13	11																													
UNIDAD FUNCIONAL	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2020	ZONA DE RIESGO 2019																													
Bogotá/Zipaquirá	Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																													
	Incumplimiento del Plan Indicativo y Plan Operativo Anual (POA)	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																													

NOVA

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias								
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.							
	<p><b>CUMPLIMIENTO METAS POA 2020</b></p> <p><b>OBSERVACIONES</b></p> <p>Control Interno, dirigida directores, subdirectores, Líderes de proyecto y líderes de proceso, a la pregunta si se materializo el riesgo de los procesos, se evidencia que en el proceso se materializaron los siguientes riesgos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>RIESGO MATERIALIZADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Direccionamiento Estratégico</td> <td>Incumplimiento del plan indicativo y plan de acción integrado (PAS)</td> </tr> <tr> <td>Calificación insatisfactoria en el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia evaluada</td> </tr> <tr> <td>Incumplimiento de políticas institucionales y planes estratégicos, proyectos</td> </tr> <tr> <td>Incumplimiento de reporte a entidades de vigilancia y control.</td> </tr> </tbody> </table> <p>La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación inferior al 85, por lo que el rango de calificación del diseño es <b>DEBIL</b>.</p> <p>La oficina de Control Interno realizo Auditorías Internas Independientes<sup>2</sup> en la vigencia 2020, a la gestión se sugiere que las Auditorías a continuación, alcanzan a identificar aspectos importantes del proceso de Direccionamiento Estratégico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación Gestión por dependencias vigencia 2019</li> <li>- Informe de Auto evaluación MECI 2019</li> <li>- Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles.</li> <li>- Procedimientos procesos Disciplinarios.</li> <li>- Auditoría de Gestión MIPG.</li> <li>- Auditoría Conflicto de Intereses.</li> </ul> <p>Riesgos y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo Institucional 2020.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditoría seguimiento actividades gestionadas en ALMERA de informes radicados a entes de vigilancia y control.</li> <li>- Auditoría de seguimiento al cumplimiento de las políticas, procedimientos – SARLAFT 2020</li> <li>- E Informes (cuatro) de Seguimiento a las acciones de mejoramiento PUMP, (Plan de mejoramiento</li> </ul>	PROCESO	RIESGO MATERIALIZADO	Direccionamiento Estratégico	Incumplimiento del plan indicativo y plan de acción integrado (PAS)	Calificación insatisfactoria en el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia evaluada	Incumplimiento de políticas institucionales y planes estratégicos, proyectos	Incumplimiento de reporte a entidades de vigilancia y control.
PROCESO	RIESGO MATERIALIZADO							
Direccionamiento Estratégico	Incumplimiento del plan indicativo y plan de acción integrado (PAS)							
	Calificación insatisfactoria en el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia evaluada							
	Incumplimiento de políticas institucionales y planes estratégicos, proyectos							
	Incumplimiento de reporte a entidades de vigilancia y control.							

<sup>2</sup> Publicadas en el link: Planeación gestión y Control/ Control Interno/ Auditorías/ 2020.

(over)

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias													
N.º	OBSERVACIONES												
ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020												
2.	<p>OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD</p> <p>9.2</p> <p>Contraloría de Cundinamarca). En cada una de estas auditorías Internas independientes se han generado hallazgos y/o observaciones, producto de los mismos.</p> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia segundo semestre 2020 de la E.S.E una vez realizada la gestión han sido calificados con el 92%% de manera particular para el proceso de <b>Direccionamiento</b><sup>3</sup> registra los siguientes indicadores: para la sede Bogotá registro una calificación de 89%, con sesenta y una (61) metas cumplidas de un total de metas de producto de setenta (70); la calificación del HRZ es de 100% con treinta y una (31) metas de producto proyectadas y cumplidas; y la UFZ obtuvo una calificación de 93.5% con cuarenta y siete (47) metas cumplidas de un total de cincuenta y una (51) metas de producto. El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo Hospital Universitario de la Samaritana segundo semestre 2020 es 46% del 50% y el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 en lo correspondiente a la vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es del 92% del 100% de la vigencia 2020.</p> <p><b>Riesgos institucionales 2020</b> La oficina asesora de planeación y garantía de la calidad dentro de la matriz de riesgos de corrupción 2020, no registra riesgos de corrupción. Los riesgos institucionales de la vigencia 2020, registran de la oficina de Planeación y garantía de la calidad, tres (3) riesgos del proceso de gestión de la calidad, cada uno de los riesgos cuentan con 3.3 causas de ocurrencia del riesgo y se registra 0.5 control por cada una de las causas.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCESO (S)</th> <th>RIESGOS INSTITUCIONAL</th> <th>CAUSAS RIESGOS</th> <th>CONTROLES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desarrollo de servicios</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Gestión de calidad</td> <td>3</td> <td>10</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>El Cronograma para la ejecución del Programa de Gestión del riesgo 2020, registro un avance del 63.3%<sup>4</sup></p>	PROCESO (S)	RIESGOS INSTITUCIONAL	CAUSAS RIESGOS	CONTROLES	Desarrollo de servicios	-	-	-	Gestión de calidad	3	10	5
PROCESO (S)	RIESGOS INSTITUCIONAL	CAUSAS RIESGOS	CONTROLES										
Desarrollo de servicios	-	-	-										
Gestión de calidad	3	10	5										

<sup>3</sup> Acuerdo No.001 de 24 de febrero de 2021 de la Junta Directiva. Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan Operativo Anual vigencia 2020 y seguimiento al Plan Indicativo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
+ oficio 202000010469 1 de fecha 29 de octubre de 2020 la jefe de la Oficina de Planeación y Garantía de la calidad

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020
		<p><b>OBSERVACIONES</b></p> <p>La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación inferior al 85, por lo que el rango de calificación del diseño es DEBIL.</p> <p>La oficina de Control Interno realizo Auditorias Internas Independientes<sup>5</sup> en la vigencia 2020, a la gestión se sugiere que las Auditorias a continuación, alcanzan a identificar aspectos importantes del proceso de Direcciónamiento Estratégico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación Gestión por dependencias vigencia 2019</li> <li>- Informe de Auto evaluación MECI 2019</li> <li>- Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles.</li> <li>- Informe de seguimiento a procesos Institucionales y los riesgos asociados vigencia 2019 y 2020.</li> <li>- Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles.</li> <li>- Auditoria de Gestión MIPG.</li> <li>- Auditoria Conflicto de Intereses.</li> <li>- Riesgos y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo Institucional 2020.</li> <li>- Auditoria seguimiento actividades gestionadas en ALMERA de informes radicados a antes de vigilancia y control.</li> <li>- Auditoria PGRHS vigencia 2020.</li> <li>- E Informes (cuatro) de Seguimiento a las acciones de mejoramiento PUMP, (Plan de mejoramiento Contraloría de Cundinamarca).</li> </ul> <p>En cada una de estas auditorias Internas independientes se han generado hallazgos y/o observaciones, producto de los mismos, cada uno de los procesos de la oficina asesora de planeación y garantía de la calidad, debe crear y/o ha creado acciones de mejora, registrados en el sistema Integral de Gestión de la calidad ALMERA.</p> <p><b>Seguimiento a las recomendaciones:</b></p> <p>En respuesta al oficio de solicitud de los soportes a las recomendaciones registradas en el informe de evaluación gestión por dependencias 2019, la oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad no se evidencian soportes de seguimiento a tres (3) recomendaciones de la EVALUACIÓN GESTIÓN POR DEPENDENCIA VIGENCIA 2019.</p> <p>Realizada la reunión de seguimiento a los planes de mejora continúan vigentes las siguientes recomendaciones:</p> <p>A. Realizar la medición de los objetivos institucionales a los que le apunta directamente.</p>

<sup>5</sup> Publicadas en el link: Planeación gestión y Control/ Control Interno/ Auditorias/ 2020.

2020



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	OBSERVACIONES
	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	<p>Esta Oficina Asesora siguió los lineamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaría de Salud de Cundinamarca en acorde con el Decreto 612 de 2018 haciendo integración de los 12 Planes Estratégicos.</p> <p>B. La Oficina de Planeación tiene 17 funciones en el Manual de Funciones. La Oficina de Control Interno considera que las siguientes funciones no se están realizando las siguientes funciones: 5, 6, 7 y 12. Del cumplimiento efectivo de esas funciones se desprenden acciones que apuntan al cumplimiento de los objetivos institucionales.</p> <p>Función 5. Asesorar a las demás dependencias en la elaboración del anteproyecto de presupuesto de inversión y Función 6. Asesorar a la Dirección Financiera de la ESE y demás dependencias, en la elaboración del anteproyecto de presupuesto de funcionamiento, del Programa Anual de Compras, del Programa Anual de Caja y de las solicitudes de adiciones y traslados presupuestales que la entidad requiera.</p> <p>Función 7. Consolidar y presentar ante la Gerencia de la Empresa Social del Estado y Grupo Directivo la información sobre resultados de la gestión interna de todo el ciclo de planeación empresarial para la toma de decisiones y la formulación e implementación de políticas y estrategias: <i>'esta actividad se desarrolla con la presentación del Informe de Gestión del Proceso como la consolidación del mismo a nivel institucional, entre otras actividades'</i>.</p> <p>Función 12. Coordinar y evaluar periódicamente el Sistema de Costos de la entidad, presentar a la Gerencia resultados con el fin de generar herramientas que impacten la gestión y el desarrollo institucional,</p> <p>C. Contratar firma para parametrización de indicadores compuestos – saneamiento de indicadores etc. La oficina de Estadística en cabeza del líder de proyecto es quien orienta y brinda el apoyo metodológico para la parametrización, el diseño de fichas técnicas de indicadores y Se cuenta con Procedimiento Control de Indicadores código 02GC11- V2, donde se indican los Responsables de las Actividades allí definidas, dentro de las cuales se encuentra la actividad de Revisión y aprobación de los Indicadores definidos, en donde no solo esta Oficina los debe revisar y aprobar sino también se encuentra a cargo de las diferentes Direcciones hacer lo propio en cuenta a su responsabilidad y alcance. Informar y monitorear las estrategias planeadas para desarrollar las políticas de la Entidad.</p> <p><i>'Las Políticas Institucionales se desarrollan a través de Programas, tal como se encuentra establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad, en tal sentido, los Programas Institucionales cuentan con una metodología de desarrollo a través de Líneas Estratégicas y cada una de ellas se ejecuta a través de Actividades, lo anterior, se ve reflejado en cada uno de los Cronogramas de los Programas Institucionales los cuales se elaboran para cada vigencia y en ese sentido, se realizan los respectivos seguimientos'</i>.</p>

2020



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		OBSERVACIONES												
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020												
3.	DIRECCIÓN CIENTÍFICA	9.2												
<p>El plan Operativo Anual - POA vigencia segundo semestre 2020 de la E.S.E una vez realizada la gestión han sido calificados con el 92%% de manera particular para el proceso Misional<sup>6</sup> registra los siguientes indicadores: para la sede Bogotá registro un valor alcanzado de treinta y cuatro (34), con veintidós (22) metas de producto anual ejecutadas de veintiséis (26) metas de producto anual proyectadas; el HRZ valor alcanzado treinta y nueve punto noventa y uno (39.91) con trece (13) metas proyectadas y cumplidas y la UFZ obtuvo un valor alcanzado de cuarenta y tres punto sesenta y ocho (43.68) con treinta y dos (32) metas proyectadas y veintiocho (28) metas de producto ejecutadas.</p> <p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo Hospital Universitario de la Samaritana segundo semestre 2020 es 46% del 50% y el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 en lo correspondiente a la vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es del 92% del 100% de la vigencia 2020.</p> <p>Riesgos Institucionales 2020 Riesgos de Corrupción 2020, dentro de la matriz Institucional de riesgos de corrupción 2020, la Dirección Científica registra los siguientes riesgos de corrupción:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>RIESGO</th> <th>OBSERVACION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bogotá Atención al paciente quirúrgico</td> <td>Posibilidad de apropiación de bienes, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización. Posibilidad de recibir beneficios por priorización de trasplantes sin cumplir con la normativa correspondiente</td> <td>La zona de Riesgo ALTO a BAJO de corrupción permanece en las vigencias 2019 y 2020.</td> </tr> <tr> <td>Bogotá / Zipaquirá Esterilización</td> <td>Posibilidad de apropiación de bienes, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización</td> <td>La zona de Riesgo EXTREMA a MODERADA de corrupción permanece en las vigencias 2019 y 2020.</td> </tr> <tr> <td>Bogotá Apoyo diagnóstico</td> <td>Posibilidad de pérdida o hurto de reactivos y equipos</td> <td>La zona de Riesgo de corrupción aplicado el control</td> </tr> </tbody> </table>			PROCESO	RIESGO	OBSERVACION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	Bogotá Atención al paciente quirúrgico	Posibilidad de apropiación de bienes, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización. Posibilidad de recibir beneficios por priorización de trasplantes sin cumplir con la normativa correspondiente	La zona de Riesgo ALTO a BAJO de corrupción permanece en las vigencias 2019 y 2020.	Bogotá / Zipaquirá Esterilización	Posibilidad de apropiación de bienes, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización	La zona de Riesgo EXTREMA a MODERADA de corrupción permanece en las vigencias 2019 y 2020.	Bogotá Apoyo diagnóstico	Posibilidad de pérdida o hurto de reactivos y equipos	La zona de Riesgo de corrupción aplicado el control
PROCESO	RIESGO	OBSERVACION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN												
Bogotá Atención al paciente quirúrgico	Posibilidad de apropiación de bienes, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización. Posibilidad de recibir beneficios por priorización de trasplantes sin cumplir con la normativa correspondiente	La zona de Riesgo ALTO a BAJO de corrupción permanece en las vigencias 2019 y 2020.												
Bogotá / Zipaquirá Esterilización	Posibilidad de apropiación de bienes, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización	La zona de Riesgo EXTREMA a MODERADA de corrupción permanece en las vigencias 2019 y 2020.												
Bogotá Apoyo diagnóstico	Posibilidad de pérdida o hurto de reactivos y equipos	La zona de Riesgo de corrupción aplicado el control												

<sup>6</sup> Acuerdo No.001 de 24 de febrero de 2021 de la Junta Directiva. Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan Operativo Anual vigencia 2020 y seguimiento al Plan Indicativo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias																																													
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.																																												
CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES																																												
	<table border="1"> <tr><td>Apoyo Diagnóstico</td><td>4</td><td>18</td><td>19</td></tr> <tr><td>Atención al paciente quirúrgico</td><td>7</td><td>55</td><td>16</td></tr> <tr><td>Atención farmacéutica</td><td>6</td><td>14</td><td>29</td></tr> <tr><td>Atención paciente hospitalizado</td><td>8</td><td>83</td><td>33</td></tr> <tr><td>banco de sangre</td><td>15</td><td>82</td><td>15</td></tr> <tr><td>Docencia</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>Esterilización</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr><td>Atención extramural</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Imágenes Diagnósticas</td><td>3</td><td>42</td><td>7</td></tr> <tr><td>Investigación</td><td>2</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td>48</td><td>303</td><td>125</td></tr> </table>	Apoyo Diagnóstico	4	18	19	Atención al paciente quirúrgico	7	55	16	Atención farmacéutica	6	14	29	Atención paciente hospitalizado	8	83	33	banco de sangre	15	82	15	Docencia	1	1	1	Esterilización	2	5	3	Atención extramural				Imágenes Diagnósticas	3	42	7	Investigación	2	3	2	TOTAL	48	303	125
Apoyo Diagnóstico	4	18	19																																										
Atención al paciente quirúrgico	7	55	16																																										
Atención farmacéutica	6	14	29																																										
Atención paciente hospitalizado	8	83	33																																										
banco de sangre	15	82	15																																										
Docencia	1	1	1																																										
Esterilización	2	5	3																																										
Atención extramural																																													
Imágenes Diagnósticas	3	42	7																																										
Investigación	2	3	2																																										
TOTAL	48	303	125																																										
	<p>En la vigencia 2019 registro treinta y un riesgos en la matriz Institucional 2019, de estos riesgos siete (7) eran transversales y seis (6) riesgos correspondían a Terapias; en la vigencia 2020 se registran cuarenta (48) riesgos en la matriz Institucional 2020, se destaca que el proceso banco de sangre registra en la matriz Institucional 2020 quince (15) riesgos, investigación dos (2) riesgos, atención al paciente hospitalizado ocho (8).</p> <p>En cuanto a las causas en la matriz de riesgos institucionales 2019, cada riesgo contenía en el 2019 6.87 causas, es decir que por cada control se está mitigando 0.39 de las causas; en la matriz institucional 2020 cada riesgo contiene 6.31 causas y cada control mitiga 0.41 de las causas registradas en los riesgos.</p> <p>Con los resultados de la encuesta de riesgos institucionales elaborada y aplicada por la oficina Asesora de Control Interno, la respuesta a la pregunta si se materializó el riesgo de los procesos, evidencia que en los procesos de la Dirección Científica se materializaron catorce (14) riesgos de la matriz de riesgos institucionales 2020, procesos y riesgos se detallan a continuación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>RIESGO MATERIALIZADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Banco de sangre</td> <td>Posible inoportunidad en resultados laboratorio clínico</td> </tr> <tr> <td>Imágenes diagnósticas</td> <td>Inoportunidad de la atención en el proceso de imágenes diagnósticas Posibilidad de extravasación de medio de contraste</td> </tr> </tbody> </table>	PROCESO	RIESGO MATERIALIZADO	Banco de sangre	Posible inoportunidad en resultados laboratorio clínico	Imágenes diagnósticas	Inoportunidad de la atención en el proceso de imágenes diagnósticas Posibilidad de extravasación de medio de contraste																																						
PROCESO	RIESGO MATERIALIZADO																																												
Banco de sangre	Posible inoportunidad en resultados laboratorio clínico																																												
Imágenes diagnósticas	Inoportunidad de la atención en el proceso de imágenes diagnósticas Posibilidad de extravasación de medio de contraste																																												

2020



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias																				
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES																	
			<p>Disminuir el mal uso de la tecnología biomédica y reducir novedades de seguridad</p> <p>Aumento de la posibilidad de infecciones asociadas a sonda vesical en la unidad de cuidados intensivos adultos e intermedios</p> <p>Aumento de la posibilidad de infecciones asociadas a catéter central en la unidad de cuidados intensivos adultos</p> <p>Aumento de posibilidad de infecciones asociadas a dispositivo extravascular en neonatos</p> <p>Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos</p> <p>Ocurrencia de problemas relacionados con medicamentos</p> <p>Inadecuada entrega del material contaminado para el proceso de esterilización</p> <p>Posibilidad de toma de muestra incorrecta COVID 19</p> <p>Posibilidad de atención inadecuada del paciente</p> <p>Posibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico incorrecto</p> <p>Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte.</p>																	
<p>Al comparar los riesgos Institucionales y los controles se evidencia que once (11) riesgos de las matrices institucionales de ambas vigencias registran la misma evaluación de zonas de riesgos, el nombre de los controles es idéntico, lo mismo que su diseño, por lo tanto, la evaluación de los riesgos no registra avance alguno dentro de la matriz de riesgos Institucional 2020</p>																				
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>UNIDAD FUNCIONAL</th> <th>PROCESO</th> <th>RIESGO</th> <th>ZONA DE RIESGO 2020</th> <th>ZONA DE RIESGO 2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Bogotá</td> <td rowspan="2">Atención paciente quirúrgico</td> <td>Inoportunidad en la programación quirúrgica</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> <tr> <td>Infecciones del sitio operatorio</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Posibilidad de ejecución de actos inseguros en el procedimiento quirúrgico en sitio equivocado, paciente equivocado, procedimiento equivocado</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> </tbody> </table>	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2020	ZONA DE RIESGO 2019	Bogotá	Atención paciente quirúrgico	Inoportunidad en la programación quirúrgica	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA	Infecciones del sitio operatorio	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA		Posibilidad de ejecución de actos inseguros en el procedimiento quirúrgico en sitio equivocado, paciente equivocado, procedimiento equivocado	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA
UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2020	ZONA DE RIESGO 2019																
Bogotá	Atención paciente quirúrgico	Inoportunidad en la programación quirúrgica	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																
		Infecciones del sitio operatorio	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																
		Posibilidad de ejecución de actos inseguros en el procedimiento quirúrgico en sitio equivocado, paciente equivocado, procedimiento equivocado	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																

02/1

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias																																									
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.																																								
CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES																																								
	<table border="1"> <tr> <td>Bogotá</td> <td>Atención farmacéutica</td> <td>Afectación al paciente por error en la interpretación y transcripción de la fórmula médica para la adecuación de medicamentos y nutriciones parenterales con terceros.</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Ocurrencia de problemas relacionados con medicamentos</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Posibilidad de atención inadecuada del paciente</td> <td>ALTA A ALTA</td> <td>ALTA A ALTA</td> </tr> <tr> <td>Bogotá</td> <td>apoyo diagnóstico</td> <td>Posibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico incorrecto</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Posibilidad de extravasación de medio de contraste</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> <tr> <td>Bogotá</td> <td>Imágenes Diagnósticas</td> <td>Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> <td>EXTREMA A ALTA</td> </tr> </table>	Bogotá	Atención farmacéutica	Afectación al paciente por error en la interpretación y transcripción de la fórmula médica para la adecuación de medicamentos y nutriciones parenterales con terceros.	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA			Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA			Ocurrencia de problemas relacionados con medicamentos	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA			Posibilidad de atención inadecuada del paciente	ALTA A ALTA	ALTA A ALTA	Bogotá	apoyo diagnóstico	Posibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico incorrecto	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA			Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA			Posibilidad de extravasación de medio de contraste	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA	Bogotá	Imágenes Diagnósticas	Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA
Bogotá	Atención farmacéutica	Afectación al paciente por error en la interpretación y transcripción de la fórmula médica para la adecuación de medicamentos y nutriciones parenterales con terceros.	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																																					
		Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																																					
		Ocurrencia de problemas relacionados con medicamentos	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																																					
		Posibilidad de atención inadecuada del paciente	ALTA A ALTA	ALTA A ALTA																																					
Bogotá	apoyo diagnóstico	Posibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico incorrecto	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																																					
		Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																																					
		Posibilidad de extravasación de medio de contraste	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																																					
Bogotá	Imágenes Diagnósticas	Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA																																					

La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación inferior al 85, por lo que el rango de calificación del diseño es DEBIL.

**Seguimiento a las recomendaciones:**

En respuesta al oficio de solicitud de los soportes a las recomendaciones registradas en el informe de evaluación Gestión por Dependencias 2019, y posterior reunión para seguimiento de los planes de mejora se soporten debidamente las recomendaciones de los procesos de la Dirección Científica.

*Fortalecer la actividad de calificación de acuerdos de gestión*, con el fin de que la calificación se produzca los primeros 5 días del mes de enero, de igual manera emitir la calificación de los acuerdos de gestión suscritos con los subdirectores a su cargo. Esta recomendación es soportada con el decreto No. 1083 de

Gen

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	OBSERVACIONES
	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	<p>2015, ende establece los tiempos para la calificación y concertación. La oficina de Control Interno realizo Auditorías Internas Independientes<sup>7</sup> en la vigencia 2020, a la gestión se sugiere que las Auditorías a continuación, alcanzan a identificar aspectos importantes de los procesos de la Dirección científica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación Gestión por dependencias vigencia 2019</li> <li>- Informe de Auto evaluación MECI 2019</li> <li>- Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles 2020.</li> <li>- Informe de seguimiento a procesos Institucionales y los riesgos asociados vigencia 2019 y 2020.</li> <li>- Auditoría de Gestión MIPG.</li> <li>- Riesgos y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo Institucional 2020.</li> <li>- Auditoría seguimiento actividades gestionadas en ALMERA de informes radicados a entes de vigilancia y control.</li> <li>- E Informes (cuatro) de Seguimiento a las acciones de mejoramiento PUMP, (Plan de mejoramiento Contraloría de Cundinamarca).</li> </ul> <p>En cada una de estas auditorías Internas independientes se han generado hallazgos y/o observaciones, producto de las mismas, cada uno de los procesos de la Dirección científica, debe crear y/o ha creado acciones de mejora.</p>
4.	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO	<p>El plan Operativo Anual - POA vigencia segundo semestre 2020 de la E.S.E una vez realizada la gestión han sido calificados con el 92%% de manera particular para el proceso <b>Misional</b><sup>8</sup> registra los siguientes indicadores: para la sede Bogotá registro un valor alcanzado de treinta y cuatro (34), con veintidós (22) metas de producto anual ejecutadas de veintiséis (26) metas de producto anual proyectadas; el HRZ valor alcanzado treinta y nueve punto noventa y uno (39.91) con trece (13) metas proyectadas y cumplidas y la UFZ obtuvo un valor alcanzado de cuarenta y tres punto sesenta y ocho (43.68) con treinta y dos (32) metas proyectadas y veintiocho (28) metas de producto ejecutadas.</p> <p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo Hospital Universitario de la Samaritana segundo semestre 2020 es 46% del 50% y el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 en lo correspondiente a la vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es del 92% del 100% de la vigencia 2020.</p> <p>Riesgos Institucionales 2020</p>

<sup>7</sup> Publicadas en el link: Planeación gestión y Control/ Control Interno/ Auditorías/ 2020.

<sup>8</sup> Acuerdo No.001 de 24 de febrero de 2021 de la Junta Directiva. Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan Operativo Anual vigencia 2020 y seguimiento al Plan Indicativo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		OBSERVACIONES	
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES
<b>Matriz de riesgos de corrupción 2020</b>			
		<b>PROCESO</b>	<b>RIESGO</b>
		<b>OBSERVACION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN</b>	
		Bogotá	Referencia y contra referencia
			Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización en la ambulatoria.
			La zona de Riesgo de corrupción MODERADA A BAJA permanece en las vigencias 2019 y 2020.
			La zona de Riesgo de corrupción EXTREMA A MODERADA permanece en las vigencias 2019 y 2020.
		Bogotá	Hoteles hospitalario
			Hurtos o pérdida de elementos dentro de la institución
		Bogotá	Atención al usuario
			Incumplimiento en la generación de respuesta de PQR a los Usuarios (No se generan las respuestas dentro de los términos de ley)
		Bogotá	Atención al paciente urgencias
			Delirio patrimonial relacionados con pérdida de insumos, medicamentos y dispositivos médicos
		Bogotá	Atención al paciente ambulatorio
			Posible reconocimiento de horas no trabajadas por los profesionales o especialistas
La Dirección de Atención al usuario dentro de la matriz de riesgos Institucionales de la vigencia 2020, registro de los procesos a su cargo la siguiente información:			
		<b>PROCESO (S)</b>	<b>RIESGOS INSTITUCIONAL</b>
		<b>CAUSAS RIESGOS</b>	<b>CONTROLES</b>
		Atención al paciente ambulatorio	1
		Atención al paciente de urgencias	1
		Atención al usuario	4
			16
			2
			13
			5
			23
			4



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES						
			1	5	3	3	17		
			Hotelería Hospitalaria						
			Referencia y Contra referencia		14				
			TOTAL	9	71				

Comparadas las dos últimas vigencias se observa: que continua con el mismo número de riesgos dentro de la matriz institucional 2020, registró cambios en cuanto al número de riesgos por proceso, como el proceso de atención al paciente de urgencias que en la vigencia 2019 registraba cinco (5) riesgos dentro de la matriz institucional, en la vigencia 2020 solamente registra un riesgo y el proceso de atención al usuario que en la vigencia 2019 contenía un riesgo, en la matriz institucional 2020 contiene cuatro (4). En cuanto a las causas para la vigencia 2019 registro 69 causas, lo que corresponde a 7.7 causas por cada riesgos establecido en la matriz, en la matriz de riesgos institucional 2020 son setenta y una (71) causa, es decir 7.9 causas por cada riesgo.

Los controles, con el número de causas, en la vigencia 2019, cada control atenúa solo el 0.29 de la causa y en la matriz institucional 2020 cada control mitiga el 0.24 de una causa.

De los riesgos de los procesos registrados en la matriz institucional 2020 de la Dirección de Atención al usuario, comparadas las matrices de riesgos 2019 y 2020, se evidencia que los siguientes riesgos son iguales para ambas vigencias, evaluadas las zonas de riesgos, el/los controles, los diseños de los controles son iguales para ambas vigencias por lo tanto no se evidencia avance que puedan mitigar estos riesgos de la Dirección de Atención al usuario:

UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2020	ZONA DE RIESGO 2019
Bogotá	Referencia y contra referencia	Inoportunidad en la referencia y/o aceptación del pacientes	EXTREMA A EXTREMA	EXTREMA A EXTREMA
Bogotá	Hotelería hospitalaria	Registros incorrectos y/o incompletos de información	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA
Bogotá	Atención Ambulatoria	Inadecuado manejo de residuos hospitalarios	EXTREMA A ALTA	EXTREMA A ALTA
Bogotá	Atención Ambulatoria	Posible aumento de la inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa	ALTA A ALTA	ALTA A ALTA

14

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias										
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES							
			Atención Paciente Urgencias	Possibilidad de inoportunidad de la atención del paciente en el servicio de urgencias						
	Bogotá			EXTREMA A MODERADA						
<p>Con los resultados de la encuesta de riesgos institucionales 2020 dirigida a directores, subdirectores, líderes de proyecto y líderes de proceso, a la pregunta si se materializó el riesgo de los procesos, se evidencia que en los procesos de Atención al paciente ambulatorio y Hotelaria Hospitalaria se materializaron riesgos de la matriz de riesgos institucionales 2020, y que se detallan a continuación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>RIESGO MATERIALIZADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Atención al paciente ambulatorio</td> <td>Posible aumento de la inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en consulta externa</td> </tr> <tr> <td>Hotelaria hospitalaria</td> <td>Inadecuado manejo de residuos hospitalarios</td> </tr> </tbody> </table> <p>La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación inferior al 85, por lo que el rango de calificación del diseño es DEBIL.</p> <p><b>Seguimiento a recomendaciones</b>  Se da por soportadas y con respuesta las recomendaciones de la vigencia 2019, pendiente de soportes y/o plan de mejoramiento de la siguiente:  A. Se debe caracterizar el MACROPROCESO de Dirección de Atención al usuario, documentarlo la manera en que articula su labor con los procesos a su cargo. Desde la Alta Dirección no se han dado directrices al respecto lo cual es necesario, ni se ha definido la metodología de calidad para tal fin, por lo que no depende su realización de la Dirección ni de la Directora de Atención al Usuario.</p> <p>La oficina de Control Interno realizo Auditorías Internas Independientes<sup>9</sup> en la vigencia 2020, a la gestión se sugiere que las Auditorías a continuación, alcancen a identificar aspectos importantes de los procesos de la Dirección de Atención al usuario:  - Evaluación Gestión por dependencias vigencia 2019  - Informe de Auto evaluación MECI 2019  - Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles 2020.</p>					PROCESO	RIESGO MATERIALIZADO	Atención al paciente ambulatorio	Posible aumento de la inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en consulta externa	Hotelaria hospitalaria	Inadecuado manejo de residuos hospitalarios
PROCESO	RIESGO MATERIALIZADO									
Atención al paciente ambulatorio	Posible aumento de la inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en consulta externa									
Hotelaria hospitalaria	Inadecuado manejo de residuos hospitalarios									

<sup>9</sup> Publicadas en el link: Planeación gestión y Control/ Control Interno/ Auditorías/ 2020.

2020

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias	
ÁREA O DEPENDENCIA.	OBSERVACIONES
<p><b>CUMPLIMIENTO METAS POA 2020</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditoría Informe de Gestión PQRSD vigencia 2020.</li> <li>- Informe de seguimiento a procesos Institucionales y los riesgos asociados vigencia 2019 y 2020.</li> <li>- Auditoría de Gestión MIPG. vigencia 2020</li> <li>- Riesgos y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo Institucional 2020.</li> <li>- Auditoría seguimiento actividades gestionadas en ALMERA de informes radicados a entes de vigilancia y control.</li> <li>- E Informes (cuatro) de Seguimiento a las acciones de mejoramiento PUMP, (Plan de mejoramiento Contraloría de Cundinamarca).</li> </ul> <p>En cada una de estas auditorías Internas independientes se han generado hallazgos y/o observaciones, producto de las mismas, cada proceso de la Dirección de Atención al usuario, debe crear y/o ha creado acciones de mejora.</p>
	<p>El plan Operativo Anual - POA vigencia segundo semestre 2020 de la E.S.E una vez realizada la gestión han sido calificados con el 92%% de manera particular para el proceso Apoyo<sup>10</sup> registra los siguientes indicadores: para la sede Bogotá registro un valor alcanzado de dieciocho (18), con veintisiete (27) metas de producto anual ejecutadas de treinta (30) metas de producto anual proyectadas; el HRZ valor alcanzado veinte (20) con cinco (5) metas de producto proyectadas y cumplidas y la UFZ obtuvo un valor alcanzado de veinte (20) con cuatro (4) metas de producto anual proyectadas y ejecutadas.</p> <p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo Hospital Universitario de la Samaritana segundo semestre 2020 es 46% del 50% y el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 en lo correspondiente a la vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es del 92% del 100% de la vigencia 2020.</p>
5.	<p><b>DIRECCIÓN FINANCIERA</b></p> <p>9.2</p>

**Riesgos Institucionales 2020**  
**Matriz de riesgos de corrupción 2020**

PROCESO	RIESGO	OBSERVACION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN
Bogotá / Zipaquirá Gestión financiera	Inclusión de gastos no autorizados	La zona de Riesgo de corrupción (EXTREMA A BAJA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.

<sup>10</sup> Acuerdo No.001 de 24 de febrero de 2021 de la Junta Directiva. Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan Operativo Anual vigencia 2020 y seguimiento al Plan Indicativo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		OBSERVACIONES	
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES
			<p>Pago de obligaciones no adquiridas</p> <p>Devolución de dineros a terceros de manera injustificada</p> <p>Uso inapropiado del dinero que se recibe en caja y bancos</p> <p>Adulteración de la información contable y financiera</p> <p>Facturación y recaudo</p> <p>Bogotá</p>
			<p>La zona de Riesgo de corrupción (ALTA A BAJA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.</p> <p>La zona de Riesgo de corrupción (ALTA a MODERADA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.</p> <p>A este riesgo de corrupción se le integran los 'bancos'</p> <p>La zona de Riesgo de corrupción (EXTREMA A MODERADA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.</p> <p>La zona de Riesgo de corrupción (MODERADO a BAJA) permanece en las vigencias 2019 y 2020.</p>

La Dirección Financiera en la matriz de riesgos Institucional 2020 contiene los siguientes, riesgos, causas y controles.

PROCESO (S)	RIESGOS INSTITUCIONAL	CAUSAS RIESGOS	CONTROLES
Facturación y recaudo	6	26	8
Gestión financiera	3	15	10
TOTAL	9	41	18

Comparado con la vigencia anterior se observa:  
 En la vigencia 2019 se evidenciaron en la matriz institucional cinco (5) riesgos lo que indica un aumento en la probabilidad, impacto y frecuencia, un aumento del 80% de que se presenten los riesgos de carácter financiero registrados en la E.S.E.  
 En cuanto a las causas de los riesgos en la vigencia 2019 se registraban 3.6 causas por riesgo, en la vigencia 2020 pasa a 4.6 causa por cada riesgo. Por cada causa de los riesgos, en ambas vigencias hay 0.4 controles de la dirección Financiera.  
 En cuanto a los controles en la vigencia 2019 se establecen 1.6 controles por riesgo y en la vigencia 2020 la relación es de 2.

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES					
			<p>En la matriz de riesgos institucionales 2020 se evidencia que los siguientes riesgos de la Dirección Financiera, contienen los mismos controles, su diseño es idéntico e igual para ambas vigencia, por lo tanto su evaluación no registra ningún avance (ver zona de riesgo..</p>	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2020	ZONA DE RIESGO 2019
	Bogotá / Zipaquirá	FINANCIERA	Baja o nula rentabilidad	EXTREMA A		No pago de obligaciones suscritas mediante pagaré	EXTREMA A	EXTREMA A
	Bogotá	FACTURACIÓN Y RECAUDO	Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información	EXTREMA A		Negación del pago de los servicios por autorización	EXTREMA A	EXTREMA A

La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación inferior al 85, por lo que el rango de calificación del diseño es DEBIL.

Con los resultados de la encuesta de riesgos institucionales elaborada por la oficina Asesora de Control Interno, dirigida directores, subdirectores, Líderes de proyecto y líderes de proceso, a la pregunta si se materializo el riesgo de los procesos, se evidencia que en el proceso de la Dirección Financiera se materializaron tres (3) riesgos de la matriz de riesgos institucionales 2020, que se detallan a continuación:

PROCESO	RIESGO MATERIALIZADO
GESTIÓN FINANCIERA	Baja o nula rentabilidad
	Pago inoportuno de las obligaciones.
	No pago de obligaciones suscritas mediante pagaré

**Seguimiento a las recomendaciones:**  
 En respuesta al oficio de solicitud de los soportes a las recomendaciones registradas en el informe de evaluación Gestión por Dependencias 2019, los soportes a las recomendaciones de los procesos de la Dirección Financiera, las respuestas a cada una de las recomendaciones soporta y, subsana cada una

10/10

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	OBSERVACIONES
		<p>de ellas.</p> <p>La oficina de Control Interno realizó Auditorías Internas Independientes<sup>11</sup> en la vigencia 2020, a la gestión se sugiere que las Auditorías a continuación, alcanzan a identificar aspectos importantes de los procesos de la Dirección Financiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe Institucional de Control Interno Contable vigencia 2019</li> <li>- Informe de cartera primer trimestre 2019 y 2020.</li> <li>- Evaluación Gestión por dependencias vigencia 2019.</li> <li>- Informe de Auto evaluación MECI 2019</li> <li>- Auditoría Arqueos dineros públicos en cajas del HRZ.</li> <li>- Seguimiento Ingresos abiertos Marzo 2020.</li> <li>- Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles 2020.</li> <li>- Informe de seguimiento a procesos Institucionales y los riesgos asociados vigencia 2019 y 2020.</li> <li>- Auditoría de Gestión MIPG. Vigencia 2020.</li> <li>- Riesgos y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo Institucional 2020.</li> <li>- Auditoría seguimiento actividades gestionadas en ALMERA de informes radicados a antes de vigilancia y control.</li> <li>- E Informes (cuatro) de Seguimiento a las acciones de mejoramiento PUMP, (Plan de mejoramiento Contraloría de Cundinamarca).</li> </ul> <p>En cada una de estas auditorías Internas independientes se han generado hallazgos y/o observaciones, producto de las mismas, la dirección financiera, debe crear y/o ha creado acciones de mejora.</p> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia segundo semestre 2020 de la E.S.E una vez realizada la gestión han sido calificados con el 92%% de manera particular para el proceso Apoyo<sup>12</sup> registra los siguientes indicadores: para la sede Bogota registro un valor alcanzado de dieciocho (18), con veintisiete (27) metas de producto anual ejecutadas de treinta (30) metas de producto anual proyectadas; el HRZ valor alcanzado veinte (20) con cinco (5) metas de producto proyectadas y cumplidas y la UFZ obtuvo un valor alcanzado de veinte (20) con cuatro (4) metas de producto anual proyectadas y ejecutadas.</p> <p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo Hospital Universitario de la Samaritana segundo semestre 2020 es 46% y el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 en lo correspondiente a la vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es del 92% del 100% de la vigencia 2020.</p>
6.	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	9.5

<sup>11</sup> Publicadas en el link: Planeación gestión y Control/ Control Interno/ Auditorías/ 2020.

<sup>12</sup> Acuerdo No.001 de 24 de febrero de 2021 de la Junta Directiva. Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan Operativo Anual vigencia 2020 y seguimiento al Plan Indicativo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES			
			Riesgos Institucionales 2020	En la matriz de riesgos de corrupción 2020 de la E.S.E. se observan los siguientes riesgos de corrupción de la Dirección Administrativa, con sistema de riesgo ESTRATÉGICO, tipología de riesgo de CORRUPCIÓN:		
	Bogotá / Zipaquirá	Gestión de la información	PROCESO	RIESGO	OBSERVACION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	
	Bogotá	Gestión del talento humano		Posibilidad de supervisión no adecuada de contratos en cumplimiento de las funciones, que permita omitir sanciones a contratistas	La zona de Riesgo de corrupción permanece en las vigencias 2019 y 2020.	
	Bogotá			Posibilidad de violar procesos de selección en beneficio de terceros,	La zona de Riesgo de corrupción aplicado el control en las vigencias 2019 y 2020, pasa de MODERADA A BAJA.	
				Realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión o pagos	La zona de Riesgo de corrupción permanece en las vigencias 2019 y 2020.	
				Posibilidad de Direccionar marcas y/o laboratorios en el momento de las convocatorias sin la justificación técnica o el previo soporte técnico con el fin de obtener contraprestaciones para los funcionarios	En la vigencia 2019 el riesgo, aplicado el control se evidencia en zona BAJA; para la vigencia 2020 el riesgo de corrupción antes de aplicado el control está en MODERADO y aplicado el control pasa a zona BAJA.	
	Bogotá	Gestión de bienes y servicios		Posibilidad de Apropiación de bienes, elementos e insumos para uso personal o comercialización	En la vigencia 2019 la zona de Riesgo de corrupción aplicado el control se encuentra zona ALTA; en la vigencia 2020 aplicado el control se encuentra en zona MODERADO	

2020



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES	
			Tecnología biomédica	Posibilidad de direccionar marcas y/o laboratorios en el momento de las convocatorias sin la justificación técnica o el previo soporte técnico con el fin de obtener contra prestaciones para los funcionarios
	Bogotá			
	Bogotá		Gestión de la infraestructura	Incumplimiento de la normatividad

En la matriz de riesgos institucionales 2020 se encuentran los siguientes riesgos de los procesos de la Dirección Administrativa:

PROCESO (S)	RIESGOS INSTITUCIONAL	CAUSAS RIESGOS	CONTROLES
Bienes y servicios	1	1	1
Gestión de la información	4	22	8
Gestión de la infraestructura	1	2	2
Gestión del Talento Humano	1		1
Tecnología biomédica	1	2	2
total	8	27	14

En la matriz de riesgos institucionales 2020 se evidencian ocho (8) riesgos, en la matriz Institucional de la vigencia 2019 hay un total de seis (6) riesgos, diferencia registrada en el proceso de gestión de la información quienes duplicaron los riesgos en la matriz Institucional, Talento Humano y gestión de la infraestructura bajaron sus riesgos a uno, gestión de bienes, compras y suministros, junto con tecnología biomédica incorporaron, cada uno, un riesgo en la matriz institucional 2020.

En cuanto a las causas de los riesgos institucionales para la vigencia 2019 se observaron nueve (9) causas por cada riesgo y por cada causa se registraron 0.296 controles; en la matriz institucional 2020 se observan 3.37 causas por cada riesgos de la dirección administrativa y por cada causa hay 0.51 control.

En la matriz de riesgos institucionales 2020 se evidencio que los riesgos del proceso de Gestión de la Información son idénticos en cuanto a las zonas de riesgo, nombre de los controles, el diseño de los controles por lo tanto no registran ningún cambio en la evaluación de los riesgos y controles de las vigencias 2019 y 2020.

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES										
			UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2020	ZONA DE RIESGO 2019						
			Bogotá	Gestión de la información	Perdida de información Publicación de información confidencial del HUS	EXTREMA EXTREMA	EXTREMA EXTREMA						
<p>La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación inferior al 85, por lo que el rango de calificación del diseño es DEBIL.</p> <p>Con los resultados de la encuesta de riesgos institucionales 2020 dirigida a directores, subdirectores, líderes de proyecto y líderes de proceso a la pregunta si se materializo el riesgo, se evidencia que en los procesos a continuación se materializaron dos (2) riesgos de la matriz de riesgos institucionales 2020 y que son:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>RIESGO MATERIALIZADOS 2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tecnología biomédica</td> <td>Disminuir el mal uso de la tecnología biomédica y reducir novedades de seguridad</td> </tr> <tr> <td>Gestión de la Infraestructura</td> <td>Probabilidad de contagio por COVID de personal propio y contratistas</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Seguimiento a recomendaciones</b>                      Con la respuesta al oficio de enero de 2021, los soportes adjuntos en el informe de la vigencia 2019 y la reunión de seguimiento a los planes de mejora realizada el jueves 11 de febrero de 2021 se mejoran, reiteran y elaboran acciones de mejora que harán parte los Planes únicos de mejora por proceso _PUMP.</p> <p>La oficina de Control Interno realizo Auditorías Internas Independientes<sup>13</sup> en la vigencia 2020, a la gestión se sugiere que las Auditorías a continuación, alcanzan a identificar aspectos importantes de los procesos de la Dirección Administrativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación Gestión por dependencias vigencia 2019</li> <li>- Informe de Auto evaluación MECI 2019.</li> <li>- Informe de verificación de software y Hardware vigencia 2019.</li> <li>- Verificación de la contratación en el marco del COVID 19.</li> </ul>								PROCESO	RIESGO MATERIALIZADOS 2020	Tecnología biomédica	Disminuir el mal uso de la tecnología biomédica y reducir novedades de seguridad	Gestión de la Infraestructura	Probabilidad de contagio por COVID de personal propio y contratistas
PROCESO	RIESGO MATERIALIZADOS 2020												
Tecnología biomédica	Disminuir el mal uso de la tecnología biomédica y reducir novedades de seguridad												
Gestión de la Infraestructura	Probabilidad de contagio por COVID de personal propio y contratistas												

<sup>13</sup> Publicadas en el link: Planeación gestión y Control/ Control Interno/ Auditorías/ 2020.

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias							
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.						
	<p><b>CUMPLIMIENTO METAS POA 2020</b></p> <p><b>OBSERVACIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles 2020.</li> <li>- Informe de seguimiento a procesos Institucionales y los riesgos asociados vigencia 2019 y 2020.</li> <li>- Auditoría de Gestión MIPG. vigencia 2020</li> <li>- Riesgos y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo Institucional 2020.</li> <li>- Auditoría seguimiento actividades gestionadas en ALMERA de informes radicados a entes de vigilancia y control.</li> <li>- Auditoría Activos fijos.</li> <li>- E Informes (cuatro) de Seguimiento a las acciones de mejoramiento PUMP, (Plan de mejoramiento Contraloría de Cundinamarca).</li> </ul> <p>En cada una de estas auditorías Internas independientes se han generado hallazgos y/o observaciones, producto de las mismas, cada uno de los procesos de la dirección Administrativa, debe crear y/o ha creado acciones de mejora.</p>						
7.	<p><b>OFICINA ASESORA JURÍDICA</b></p> <p>9.5</p> <p><b>Riesgos Institucionales 2020</b> La matriz de riesgos de corrupción de 2020, lo mismo que la matriz de riesgos de corrupción de 2019 registra los siguientes riesgos de corrupción con sistema de riesgo ESTRATÉGICO, tipología de riesgo de CORRUPCIÓN:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>RIESGO</th> <th>OBSERVACION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia segundo semestre 2020 de la E.S.E una vez realizada la gestión han sido calificados con el 92%% de manera particular para el proceso Apoyo<sup>14</sup> registra los siguientes indicadores: para la sede Bogotá registro un valor alcanzado de dieciocho (18), con veintisiete (27) metas de producto anual ejecutadas de treinta (30) metas de producto anual proyectadas; el HRZ valor alcanzado veinte (20) con cinco (5) metas de producto proyectadas y cumplidas y la UFZ obtuvo un valor alcanzado de veinte (20) con cuatro (4) metas de producto anual proyectadas y ejecutadas.</p> <p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo Hospital Universitario de la Samaritana segundo semestre 2020 es 46% del 50% y el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 en lo correspondiente a la vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es del 92% del 100% de la vigencia 2020.</p>	PROCESO	RIESGO	OBSERVACION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION			
PROCESO	RIESGO	OBSERVACION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION					

<sup>14</sup> Acuerdo No.001 de 24 de febrero de 2021 de la Junta Directiva. Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan Operativo Anual vigencia 2020 y seguimiento al Plan Indicativo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

WDM

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		OBSERVACIONES									
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020									
	Bogotá	<p>Dilatación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción de este para favorecer un tercero</p> <p>Falta de transparencia en la información respecto del estado de los procesos judiciales de la entidad - defensa judicial.</p> <p>Falta de transparencia en la información respecto del estado de los procesos judiciales de la entidad - defensa constitucional.</p>	<p>La zona de Riesgo de corrupción EXTREMA A MODERADA permanece en las vigencias 2019 y 2020.</p> <p>La zona de Riesgo de corrupción, EXTREMA A MODERADA, permanece en las vigencias 2019 y 2020.</p> <p>La zona de Riesgo de corrupción, EXTREMA A MODERADA, permanece en las vigencias 2019 y 2020.</p>								
<p>En la matriz de riesgos institucionales 2020 se encuentran los siguientes riesgos de la oficina Asesora Jurídica:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCESO (S)</th> <th>RIESGOS INSTITUCIONAL</th> <th>CAUSAS RIESGOS</th> <th>CONTROLES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gestión jurídica</td> <td>1</td> <td>6</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación inferior al 85, por lo que el rango de calificación del diseño es DEBIL.</p> <p><b>Seguimiento a recomendaciones:</b></p> <p>Se viene implementando la política de daño anijurídico. La implementación del programa de daño anijurídico en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, contempla tres estrategias.</p> <p>La oficina de Control Interno realizó Auditorías Internas Independientes<sup>15</sup> en la vigencia 2020, a la gestión se sugiere que las Auditorías a continuación, alcanzan a identificar aspectos importantes de los procesos de la Oficina Asesora Jurídica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación Gestión por dependencias vigencia 2019</li> <li>- Informe de Auto evaluación MECI 2019.</li> <li>- Auditoría verificación del cargue de la contratación en el sistema electrónico de contratación pública</li> </ul>				PROCESO (S)	RIESGOS INSTITUCIONAL	CAUSAS RIESGOS	CONTROLES	Gestión jurídica	1	6	1
PROCESO (S)	RIESGOS INSTITUCIONAL	CAUSAS RIESGOS	CONTROLES								
Gestión jurídica	1	6	1								

<sup>15</sup> Publicadas en el link: Planeación gestión y Control/ Control Interno/ Auditorías/ 2020.



LOW

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	OBSERVACIONES
	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	<p>SECOPI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificación de la contratación en el marco del COVID 19.</li> <li>- Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles 2020.</li> <li>- Verificación del cargo de la contratación en SECOP I y SIA OBSERVA.</li> <li>- Auditoría de Gestión MIPG. vigencia 2020</li> <li>- Riesgos y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo Institucional 2020.</li> <li>- Auditoría seguimiento actividades gestionadas en ALMERA de informes radicados a entes de vigilancia y control.</li> <li>- E Informes (cuatro) de Seguimiento a las acciones de mejoramiento PUMP, (Plan de mejoramiento Contraloría de Cundinamarca).</li> </ul> <p>En cada una de estas auditorías Internas independientes se han generado hallazgos y/o observaciones, producto de las mismas, la oficina asesora jurídica debe crear y/o ha creado acciones de mejora.</p> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia segundo semestre 2020 de la E.S.E una vez realizada la gestión han sido calificados con el 92%% de manera particular para el proceso de Evaluación<sup>16</sup> registra los siguientes indicadores: para la sede Bogotá registro un valor alcanzado de veinte (20), con una (1) meta de producto anual ejecutada y proyectadas; el HRZ valor alcanzado veinte (20) con una (1) meta de producto proyectada y cumplida y la UFZ obtuvo un valor alcanzado de veinte (20) con una (1) meta de producto anual proyectada y ejecutada.</p> <p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo Hospital Universitario de la Samaritana segundo semestre 2020 es 46% del 50% y el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 en lo correspondiente a la vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es del 92% del 100% de la vigencia 2020.</p> <p><b>Riesgos Institucionales 2020</b></p> <p>En la matriz de riesgos institucionales 2020 el proceso de Auditoría y Control no registra riesgos dentro de esta matriz. De la misma manera la matriz de riesgos de corrupción de la E.S.E. 2020, no registra riesgos de corrupción de este proceso.</p> <p>El Cronograma para la ejecución del Programa de Gestión del riesgo 2020, registro un avance del 63.3%<sup>17</sup></p> <p>La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación inferior al 85.</p>
8.	OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	9.2

<sup>16</sup> Acuerdo No.001 de 24 de febrero de 2021 de la Junta Directiva. Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan Operativo Anual vigencia 2020 y seguimiento al Plan Indicativo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

<sup>17</sup> oficio 202000010469 1 de fecha 29 de octubre de 2020 la jefe de la Oficina de Planeación y Garantía de la calidad

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias							
Nº	OBSERVACIONES						
<p>ÁREA O DEPENDENCIA.</p> <p>CUMPLIMIENTO METAS POA 2020</p>	<p>por lo que el rango de calificación del diseño es DEBIL.</p> <p>La oficina de Control Interno realizo Auditorías Internas Independientes<sup>18</sup> en la vigencia 2020, a la gestión se sugiere que las Auditorías a continuación, alcanzan a identificar aspectos importantes de los procesos de la oficina Asesora de Control Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación Gestión por dependencias vigencia 2019</li> <li>- Informe de Auto evaluación MECI 2019.</li> <li>- Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles 2020.</li> <li>- Auditoría de Gestión MIPG. vigencia 2020</li> <li>- Riesgos y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo Institucional 2020.</li> <li>- Auditoría seguimiento actividades gestionadas en ALMERA de informes radicados a antes de vigilancia y control.</li> <li>- E Informes (cuatro) de Seguimiento a las acciones de mejoramiento PUMP, (Plan de mejoramiento Contraloría de Cundinamarca).</li> </ul> <p>En cada una de estas auditorías Internas independientes se han generado hallazgos y/o observaciones, producto de las mismas, la oficina asesora de Control Interno, debe crear y/o ha creado acciones de mejora.</p> <p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo Hospital Universitario de la Samaritana segundo semestre 2020 es 46% del 50% y el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 en lo correspondiente a la vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es del 92% del 100% de la vigencia 2020.</p> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia segundo semestre 2020<sup>19</sup> de la E.S.E una vez realizada la gestión han sido calificados de la E.S.E con el 100%, de manera particular para los procesos aplicados en el Hospital Regional de Zipaquirá registran los siguientes indicadores:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>PROCESO</td> <td>PESO PORCENTUAL</td> <td>METAS DE PRODUCTO O ANUAL PROYECTADAS</td> <td>METAS DE PRODUCTO O ANUAL EJECUTADAS</td> <td>PESO PORCENTUAL</td> <td>VALOR ALCANZADO</td> </tr> </table>	PROCESO	PESO PORCENTUAL	METAS DE PRODUCTO O ANUAL PROYECTADAS	METAS DE PRODUCTO O ANUAL EJECUTADAS	PESO PORCENTUAL	VALOR ALCANZADO
PROCESO	PESO PORCENTUAL	METAS DE PRODUCTO O ANUAL PROYECTADAS	METAS DE PRODUCTO O ANUAL EJECUTADAS	PESO PORCENTUAL	VALOR ALCANZADO		
<p>HOSPITAL REGIONAL ZIAPAQUIRA HRZ</p> <p>9.2</p>							

<sup>18</sup> Publicadas en el link: Planeación gestión y Control/ Control Interno/ Auditorías/ 2020.  
<sup>19</sup> Acuerdo No.001 de 24 de febrero de 2021 de la Junta Directiva. Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan Operativo Anual vigencia 2020 y seguimiento al Plan Indicativo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA



Handwritten mark or signature at the bottom left of the page.



Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

N°	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	OBSERVACIONES												
			Direccionamiento	20	12	12	1.66	19.92							
			Misional	40	13	13	3.07	39.91							
			Apoyo	20	5	5	4.00	20							
			Evaluación	20	1	1	20	20							
			Subtotal	100	31	31		100							

La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación inferior al 85, por lo que el rango de calificación del diseño es DEBIL.

La oficina de Control Interno realizo Auditorias Internas Independientes<sup>20</sup> en la vigencia 2020, a la gestión se sugiere que las Auditorias a continuación, alcanzan a identificar aspectos importantes de los procesos que se desarrollan en el Hospital Regional de Zipaquirá:

- Informe de Auto evaluación MECI 2019
- Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles.
- Auditoria de Gestión MIPG.
- Auditoria arqueos dineros publicados en cajas del HRZ.
- Auditoria Informe de Gestión PQRSD vigencia 2020.
- Seguimiento Ingresos abiertos marzo de 2020.
- Auditoria Conflicto de Intereses.
- Riesgos y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo Institucional 2020.
- Auditoria seguimiento actividades gestionadas en ALMERA de informes radicados a entes de vigilancia y control.
- Auditoria PGRHS vigencia 2020.
- E Informes (cuatro) de Seguimiento a las acciones de mejoramiento PUMP, (Plan de mejoramiento Contraloría de Cundinamarca).

En cada una de estas auditorias Internas independientes se han generado hallazgos y/o observaciones, producto de las mismas, el HRZ, debe crear y/o ha creado acciones de mejora.

<sup>20</sup> Publicadas en el link: Planeación gestión y Control/ Control Interno/ Auditorias/ 2020.

mem




Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		OBSERVACIONES																																				
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020																																				
9.	UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA - UFZ	9.2																																				
<p>El cumplimiento de la ejecución Plan Indicativo Hospital Universitario de la Samaritana segundo semestre 2020 es 46% del 50% y el seguimiento a la ejecución del Plan Indicativo 2020-2023 en lo correspondiente a la vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es del 92% del 100% de la vigencia 2020.</p> <p>El plan Operativo Anual - POA vigencia segundo semestre 2020<sup>21</sup> de la E.S.E. una vez realizada la gestión han sido calificados de la E.S.E con el 93.5%, de manera particular para los procesos aplicados en LA Unidad Funcional Zipaquirá es como sigue:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCESO</th> <th>PESO PORCENTUAL</th> <th>METAS DE PRODUCTO ANUAL PROYECTADAS</th> <th>METAS DE PRODUCTO ANUAL EJECUTADAS</th> <th>PESO PORCENTUAL</th> <th>VALOR ALCANZADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Direccionamiento</td> <td>10</td> <td>13</td> <td>13</td> <td>0.76</td> <td>9.88</td> </tr> <tr> <td>Misional</td> <td>50</td> <td>32</td> <td>28</td> <td>1.56</td> <td>43.68</td> </tr> <tr> <td>Apoyo</td> <td>20</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5.00</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Evaluación</td> <td>20</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>10</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Subtotal</td> <td>100</td> <td>51</td> <td>47</td> <td>92.16</td> <td>93.56</td> </tr> </tbody> </table> <p>El promedio de la calificación de los POAS de la Unidad funcional Zipaquirá es de 83%. La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación inferior al 85, por lo que el rango de calificación del diseño es DEBIL.</p> <p>La oficina de Control Interno realizo Auditorías Internas Independientes<sup>22</sup> en la vigencia 2020, a la gestión se sugiere que las Auditorías a continuación, alcanzan a identificar aspectos importantes de los procesos que se desarrollan en la Unidad Funcional Zipaquirá: Informe de Auto evaluación MECI 2019 - Seguimiento a riesgos de corrupción y sus controles 2020.</p>			PROCESO	PESO PORCENTUAL	METAS DE PRODUCTO ANUAL PROYECTADAS	METAS DE PRODUCTO ANUAL EJECUTADAS	PESO PORCENTUAL	VALOR ALCANZADO	Direccionamiento	10	13	13	0.76	9.88	Misional	50	32	28	1.56	43.68	Apoyo	20	4	4	5.00	20	Evaluación	20	2	2	10	20	Subtotal	100	51	47	92.16	93.56
PROCESO	PESO PORCENTUAL	METAS DE PRODUCTO ANUAL PROYECTADAS	METAS DE PRODUCTO ANUAL EJECUTADAS	PESO PORCENTUAL	VALOR ALCANZADO																																	
Direccionamiento	10	13	13	0.76	9.88																																	
Misional	50	32	28	1.56	43.68																																	
Apoyo	20	4	4	5.00	20																																	
Evaluación	20	2	2	10	20																																	
Subtotal	100	51	47	92.16	93.56																																	

<sup>21</sup> Acuerdo No.001 de 24 de febrero de 2021 de la Junta Directiva. Por medio del cual se aprueba el cierre a la ejecución del Plan Operativo Anual vigencia 2020 y seguimiento al Plan Indicativo 2020-2023 de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

<sup>22</sup> Publicadas en el link: Planeación gestión y Control/ Control Interno/ Auditorías/ 2020.

CR

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias		
N.º	ÁREA O DEPENDENCIA.	OBSERVACIONES
	CUMPLIMIENTO METAS POA 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento Ingresos abiertos marzo de 2020.</li> <li>- Auditoria Informe de Gestión PQRSD vigencia 2020.</li> <li>- Auditoria de Gestión MIPG.</li> <li>- Riesgos y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo Institucional 2020.</li> <li>- Auditoria seguimiento actividades gestionadas en ALMERA de informes radicados a entes de vigilancia y control.</li> <li>- Auditoria PGIRHS vigencia 2020.</li> <li>- E Informes (cuatro) de Seguimiento a las acciones de mejoramiento PUMP, (Plan de mejoramiento Contraloría de Cundinamarca).</li> <li>- En cada una de estas auditorías internas independientes se han generado hallazgos y/o observaciones, producto de las mismas, la UFZ, debe crear y/o ha creado acciones de mejora.</li> </ul>
<p><b>Observaciones Generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar activamente en todas los procesos, procedimientos y/o actividades de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a la Unidad Funcional Zipaquirá, el Hospital Regional Zipaquirá, junto con los Centros de Salud.</li> <li>- Fortalecer las actividades que conlleven al cumplimiento del programa de Gestión del riesgo en la E.S.E. Hospital Universitario de la samaritana.</li> </ul> <p>El presente informe es de carácter <i>institucional</i>, de propiedad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, si bien es cierto la información es de responsabilidad de cada uno de los servidores públicos, no son de carácter individual ni personal, se elabora para efectos de la Evaluación por dependencias, por lo tanto las observaciones a que dé lugar son de carácter institucional.</p>		

  
**YETICA HERNANDEZ A.**  
 Jefe Oficina Asesora de Control Interno  
 Bogotá, febrero 23 de 2021

  
**MARIA CLARA MARTINEZ R.**  
 Profesional Especializado Control Interno