

INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
Y DESARROLLO INSTITUCIONAL



INFORME SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS
DEL ISRI, ENERO - DICIEMBRE 2017

SAN SALVADOR, ENERO 2018

Contenido

| | |
|---|----|
| Resumen | 3 |
| Introducción..... | 4 |
| Misión del ISRI..... | 7 |
| Visión del ISRI | 7 |
| Valores institucionales..... | 7 |
| Prioridades institucionales | 7 |
| Objetivos institucionales..... | 8 |
| Resultados esperados | 8 |
| Objetivos de las unidades organizativas | 8 |
| Metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, así como para el seguimiento mediante actividades de control | 12 |
| Riesgos identificados según unidad organizativa | 15 |
| Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado, según unidad organizativa..... | 16 |
| Situación de los riesgos entre enero y diciembre 2017, según unidad organizativa..... | 17 |
| Grado de control de los riesgos entre enero y diciembre 2017, según todas las unidades organizativas | 18 |
| Actividades de control y situación de enero a diciembre 2017, según unidad organizativa . | 19 |
| Almacén Central | 19 |
| Unidad de Auditoría Interna | 20 |
| Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAA) | 22 |
| Centro de Aparato Locomotor (CAL) | 26 |
| Centro de Audición y Lenguaje (CALE)..... | 29 |
| Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" | 31 |
| Unidad de Comunicaciones | 32 |
| Unidad de Consulta Externa | 32 |
| Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 33 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)..... | 38 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 39 |
| Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)..... | 41 |
| Unidad de Asesoría Jurídica | 43 |
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 46 |
| Unidad de Regulación..... | 47 |
| Departamento de Recursos Humanos..... | 51 |
| Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) | 51 |
| Unidad Financiera Institucional (UFI)..... | 54 |
| Unidad de Estadística de Rehabilitación y Epidemiología..... | 56 |
| Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)..... | 56 |
| Unidad de Control de Bienes Institucional (UCBI)..... | 58 |
| Unidad de Proyectos de Extensión y Cooperación..... | 58 |
| Conclusiones..... | 61 |

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|----------------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 2 de 62 |

Resumen

Las 22 unidades organizativas que identificaron riesgos informaron el seguimiento de éstos a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, tal como lo establece el Art. 9 de las *Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI*.

Se observó que ninguna unidad organizativa identificó algún riesgo que afectara adversamente el logro del objetivo institucional 5; además, ninguna identificó riesgos relacionados con la posible pérdida de activos, uso no autorizado de bienes, elaboración de reportes falsos, así tampoco se consideraron cambios en la administración que afecten la continuidad de procesos o proyectos.

Según lo informado, el 31 % (22) de los 71 riesgos se encontraron en situación de control; observándose que de los 23 riesgos clasificados como intolerables, cuatro (17 %) fueron controlados y en ocho (35 %) las actividades de control no fueron efectivas.

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|-------------------------------|----------------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 3 de 62 |

Introducción

El actual Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), fue creado como Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos por Decreto número 503 del Directorio Cívico Militar de El Salvador, publicado en el Diario Oficial número 239, tomo 193 de fecha 27 de diciembre de 1961. En enero 2012, y por Decreto 970 de la Asamblea Legislativa, el nombre del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos cambió a Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

El ISRI cuenta con seis objetivos institucionales, así como, cada unidad organizativa cuenta con su propio objetivo. El logro de estos objetivos puede afectarse por diferentes eventos, conocidos como riesgos, los cuales pueden ser reales o potenciales, internos o externos, por lo que es importante su identificación y valoración, así como la definición de las actividades para su control. Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI establecen, en el artículo 16 del capítulo II, que los funcionarios del ISRI, determinarán los factores de riesgo; y en el artículo 18, que el seguimiento de las acciones a tomar a fin de disminuir el riesgo, “será responsabilidad de todos los funcionarios responsables de cada dependencia institucional”. En el mismo artículo también se establece que “los resultados del seguimiento, serán comunicados a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional”.

Para propósitos de este informe se consideran los siguientes conceptos:

Definición de riesgos: circunstancias que pueden impedir que las actividades se desarrollen según estaban programadas, afectando adversamente el logro de los objetivos. Pueden deberse a factores externos (no están bajo el control del funcionario o empleados de la unidad organizativa, por ejemplo, el presupuesto o los factores medioambientales) o internos (están bajo el control del funcionario o empleados de la unidad organizativa, por ejemplo, el personal o los insumos).

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|---------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 4 de 62 |

Riesgos a identificar: aquellos que sean relevantes, es decir los que están presentes en los procesos críticos de la unidad organizativa. Por lo que es importante primero identificar los procesos críticos para luego identificar los riesgos en cada uno de ellos, así como la probabilidad de ocurrencia e impacto de los riesgos identificados, lo que permitirá establecer la exposición o severidad del riesgo.

Definición de probabilidad: frecuencia con la que se estima (cualitativa o cuantitativamente) se podría presentar el riesgo identificado durante el año; puede ser: alta (su frecuencia es trimestral o entre el 70 - 100 % de los casos), media (su frecuencia es semestral o entre el 30 - 60 % de los casos) o baja (ocurre anualmente o menos del 20 % de los casos).

Valoración del riesgo según probabilidad: puede calificarse como alta (3), media (2) o baja (1).

Definición de impacto: estimación del daño producido por el riesgo; puede ser: alto (influye gravemente en forma negativa para el logro de los objetivos), medio (dificulta o retrasa el cumplimiento de los objetivos) o bajo (tiene un efecto pequeño o nulo para el cumplimiento de los objetivos).

Valoración del riesgo según impacto: puede calificarse como alto (3), medio (2) o bajo (1).

Definición de exposición al riesgo o severidad del riesgo: es el resultado de multiplicar el valor asignado a la probabilidad por el valor asignado al impacto; puede calificarse como: intolerable (vigilancia urgente), importante (vigilancia prioritaria), moderado (vigilancia cuidadosa), tolerable (vigilancia mínima) o trivial (vigilancia leve).

Valoración de la exposición al riesgo o evaluación del riesgo: se puede establecer como intolerable (9), importante (6), moderado (4 o 3), tolerable (2) o trivial (1).

Definición de actividad de control: solución adoptada para aminorar o evitar los riesgos, considerando que se dispone de los recursos y apoyos necesarios.

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|---------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 5 de 62 |

Grado de control del riesgo: estado logrado mediante la actividad de control; puede ser: controlado (la actividad de control ha sido efectiva), en proceso (la actividad de control no se ha concluido), no controlado (la actividad de control no ha sido efectiva y el riesgo persiste) o sin seguimiento (no se ha realizado la actividad de control).

Involucrados en las actividades de control: todos los servidores públicos del ISRI.

Responsable del seguimiento de las actividades de control de riesgos: funcionario responsable de la unidad organizativa (Art. 9 y 18 NTCl específicas del ISRI). Debe identificarse un solo responsable para evitar dificultad en la toma de decisiones.

Responsabilidad de la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional: definir la herramienta a utilizar y coordinar el proceso de identificar los riesgos institucionales (Art. 16 NTCl específicas del ISRI).

A continuación se presenta el Informe seguimiento de los riesgos del ISRI, enero – diciembre 2017, conteniendo: misión, visión, valores, prioridades y objetivos institucionales; resultados esperados; objetivos de las unidades organizativas; la metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, así como para el seguimiento de éstos; los riesgos identificados según unidad organizativa; los objetivos institucionales afectados, un cuadro con la situación a diciembre 2017; un gráfico con el grado de control de los riesgos; siguiendo con la presentación de cuadros donde se describe, por cada unidad organizativa: el riesgo identificado, el objetivo institucional afectado por éste, las actividades programadas para el control y las realizadas; finalizando con algunas conclusiones. Aclarando que, los riesgos y sus actividades de control se transcriben tal como fueron recibidos de parte de las respectivas unidades organizativas.

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|----------------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 6 de 62 |

Misión del ISRI

Somos la Institución pública de mayor experiencia a nivel nacional en la provisión de servicios especializados de rehabilitación integral a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación con el usuario, la familia, la comunidad, organizaciones, empresa privada e instituciones del Estado, con la finalidad de contribuir a la inclusión social y laboral de las personas con discapacidad.

Visión del ISRI

Ser una Institución de rehabilitación integral que posibilita la independencia funcional, la inclusión social y laboral de la personas con discapacidad.

Valores institucionales

1. **COMPETENCIA.** Contamos con personal idóneo con conocimiento, habilidades, destrezas y experiencias para dar respuesta a las necesidades de nuestros usuarios.
2. **COMPROMISO.** Estamos plenamente convencidos e identificados con el que hacer institucional con el fin de contribuir a la inclusión social y laboral de nuestros usuarios o su familia.
3. **EQUIDAD.** Atendemos a nuestros usuarios con enfoque humano y de derechos.

Prioridades institucionales

1. Dirección Superior y Administración. Dirigir, administrar, planificar, asesorar, evaluar y coordinar la gestión institucional, en las diferentes dependencias que conforman el ISRI, para la prestación de servicios.
2. Centros de Atención. Mantener, desarrollar y ampliar la capacidad instalada para la provisión de servicios, contribuyendo a la rehabilitación y al desarrollo de competencias productivas e inclusión laboral de las personas con discapacidad

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|----------------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 7 de 62 |

o su familia, así como procurar el bienestar de los adultos mayores residentes en el ISRI.

Objetivos institucionales

1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta.
2. Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad.
3. Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores.
4. Contribuir en la prevención, detección e intervención temprana de las discapacidades.
5. Promover la equiparación de oportunidades para la plena inclusión social y laboral de las personas con discapacidad.
6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales.

Resultados esperados

1. Personas atendidas y atenciones brindadas por área en los servicios de rehabilitación.
2. Adultos mayores con asistencia y cuidado adecuado en condición de residencia en el ISRI y atenciones brindadas por área.
3. Personas con discapacidad formada y/o insertada en actividades productivas.
4. Gestión eficiente y eficaz de la Administración Superior en función de resultado.

Objetivos de las unidades organizativas

| Unidad organizativa | Objetivo |
|----------------------------|--|
| Junta Directiva | Dictar las políticas y normas del Instituto a efecto de poder lograr la Visión, cumplir con la Misión y alcanzar sus objetivos. Es la autoridad superior en el orden administrativo, financiero y técnico. |
| Presidencia | Dirigir las acciones tendientes a lograr la Visión, cumplir con la Misión y alcanzar los objetivos del Instituto. |

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|-------------------------------|----------------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 8 de 62 |

| Unidad organizativa | Objetivo |
|--|--|
| Gerencia Administrativa | Planificar, organizar, dirigir y controlar los servicios administrativos del Instituto, con la finalidad de asegurar que los recursos del Instituto, sean utilizados racionalmente. |
| Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación | Planificar, organizar, dirigir y controlar los servicios de rehabilitación integral con el fin de garantizar eficiencia de la gestión en los centros de atención del Instituto. |
| Auditoría Interna | Verificar la efectividad del sistema de control interno previo y concurrente de las operaciones institucionales, a través del monitoreo posterior de las operaciones, mediante la dirección, coordinación y supervisión de auditorías previamente planificadas de forma técnica y profesional teniendo como base el marco legal vigente, con la finalidad de contribuir a los objetivos del ambiente de control interno. |
| Asesoría Jurídica | Brindar asesoría jurídica en todas las ramas del derecho a la Institución, así como en casos específicos y particulares por delegación de la Junta Directiva y/o del Presidente. Asesoría legal a las gerencias y diferentes dependencias de la Institución. |
| Comunicaciones | Planificar, organizar, dirigir y coordinar todas las actividades de información, difusión y comunicación, que permita proyectar una imagen favorable del Instituto. |
| Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Diseñar en forma interactiva y con procesos participativos de las unidades relacionadas, los procedimientos institucionales y el seguimiento de su implementación, mediante la formulación y seguimiento del Desarrollo Institucional, la definición y elaboración de planes y proyectos, incluida la planificación anual institucional, el seguimiento de la política y del Plan Estratégico institucional, contribuyendo a la toma y ejecución de decisiones por parte de las autoridades del Instituto y asegurar las condiciones que contribuyan a mejorar la calidad de la gestión institucional. |
| Recursos Humanos | Planificar, organizar, dirigir y coordinar las acciones de Recursos Humanos, tales como procesos de reclutamiento, selección, contratación, inducción, capacitación y desarrollo del personal de la Institución, de manera eficaz y respondiendo siempre a las necesidades de la misma. |
| Financiera Institucional | Planificar, organizar, dirigir y controlar, las actividades del Proceso Administrativo Financiero correspondientes a la Institución, en forma integrada a interrelacionada, velando por el cumplimiento de la normativa definida por el Ministerio de Hacienda. |
| Adquisiciones y Contrataciones Institucional | Planificar, organizar, dirigir y controlar los procesos de adquisiciones y contratación de bienes y servicios institucionales de manera eficaz, eficiente, objetiva y transparente. |
| Control de Bienes Institucionales | Controlar los bienes muebles e inmuebles del ISRI, proporcionando la asesoría requerida a las jefaturas y centros de atención en el proceso de levantamiento y verificación física de los inventarios, a fin de mantener un control administrativo adecuado de los activos fijos incluyendo un registro físico de cada bien que estará en concordancia con los estados financieros. |
| Servicios Generales | Planificar, dirigir y coordinar las secciones que integran el departamento de Servicios Generales, proporcionando respuesta oportuna a los requerimientos de las dependencias del Instituto. |
| Regulación | Asesorar y coordinar la formulación de las normativas técnicas y administrativas del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) y estandarizar los procesos para su elaboración, modificación, vigencia, ejecución y derogatoria, a fin de direccionar las normativas en función de los objetivos institucionales. |
| Estadística de Rehabilitación y Epidemiología | Desarrollar mecanismos necesarios para la captura, procesamiento, análisis y divulgación, asegurar la disponibilidad y análisis periódico de la información relacionada a la prestación de servicios y datos epidemiológicos que permita |

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|-------------------------------|----------------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 9 de 62 |

| Unidad organizativa | Objetivo |
|---|--|
| | la toma de decisiones para diseñar e implementar intervenciones técnicas y administrativas y facilitar el diseño de instrumentos necesarios dirigidos a reorientar los procesos de atención al usuario. |
| Almacén Central | Recibir, almacenar y resguardar en forma adecuada y segura los productos e insumos que el ISRI adquiere, y distribuirlos a los diferentes centros de atención y a la Administración Superior. |
| Proyectos de Extensión y Cooperación | Realizar acciones de gestión a nivel técnico y financiero, ante las fuentes cooperantes nacionales e internacionales para obtener los recursos externos necesarios como complemento a la disponibilidad institucional y enmarcadas en las prioridades del ISRI, para la ejecución de programas y proyectos que contribuyan a mejorar el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad y adulto mayor, así como al fortalecimiento de las capacidades institucionales. |
| Acceso a la Información Pública | Desarrollar y asegurar la aplicación de las normas establecidas en la Ley de Acceso a la Información Pública a efecto de facilitar la información de los diferentes procesos institucionales a usuarios, público en general y organismos del Estado que lo demanden, con el fin de contribuir a la transparencia en las actividades propias del ISRI. |
| Centro del Aparato Locomotor (CAL) | Proveer servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad neuromusculoesquelética y del movimiento, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su mayor grado de independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social. |
| Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | Proveer servicios de rehabilitación integral a la niñez y adolescencia con discapacidad por medio de equipos de profesionales especializados y altamente capacitados, con la participación activa de los usuarios y padres de familia, basados en los principios de calidad, eficiencia, eficacia y equidad, para lograr el máximo grado de independencia y su integración biopsicosocial. |
| Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | Proporcionar servicios de rehabilitación integral a las personas con discapacidad del occidente del país con el propósito de lograr que la persona desarrolle las habilidades y destrezas necesarias para su independencia funcional, mejore su calidad de vida y se propicie su inclusión familiar, social, escolar y laboral. |
| Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | Proporcionar servicios de rehabilitación integral a las personas con discapacidad del Oriente del país con el propósito de lograr que la persona desarrolle las habilidades y destrezas necesarias para su independencia funcional, mejore su calidad de vida y se propicie su inclusión familiar, social, escolar y laboral. |
| Unidad de Consulta Externa (UCE) | Ser la puerta de entrada de los usuarios a la Institución y brindar servicios de consulta médica general, de especialidades y procedimientos en las áreas de apoyo, que permitan establecer un diagnóstico y tratamiento en las personas con discapacidad y adulta mayor. Además, facilitar a las personas con discapacidad la evaluación y certificación que indique que cumple con el requisito para ser considerada como persona con discapacidad para fines laborales, basándose en el dictamen técnico de su menoscabo funcional. |
| Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | Proveer servicios de evaluación y orientación vocacional, formación profesional e inserción laboral a personas con discapacidad, brindados con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias, contribuyendo al logro de su independencia, calidad de vida y plena inclusión social. |
| Centro de Audición y Lenguaje | Proveer servicios especializados de rehabilitación a personas con |

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|-------------------------------|-----------------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 10 de 62 |

| Unidad organizativa | Objetivo |
|--|--|
| (CALE) | discapacidad auditiva, de la voz y del habla, brindándolos con calidad, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social. |
| Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" (CRC) | Brindar servicios especializados de habilitación y rehabilitación, a personas con discapacidad visual en coordinación con la familia, la comunidad, organizaciones e instituciones relacionadas, basados en el enfoque de derecho e igualdad, con alto nivel de competencia, calidez humana, compromiso, eficiencia y eficacia, a fin de lograr el más alto nivel de autonomía, independencia personal e inclusión social. |
| Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAA) | Proporcionar atención integral y residencia para adultos mayores carentes de contacto familiar y en condiciones de alto riesgo a su dignidad e integridad. |

Metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, así como para el seguimiento mediante actividades de control

La unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional solicitó, a los responsables de las diferentes unidades organizativas del ISRI, la identificación y valoración de sus riesgos para el 2017, así como los objetivos institucionales afectados y la definición de las actividades de control, para lo cual se les envió la siguiente matriz a ser completada.



Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

Matriz para la identificación, valoración de riesgos 2017 y actividades para su control

Nombre de la unidad organizativa:

Fecha del llenado de la matriz:

| No (1) | Riesgo identificado (2) | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado (3) | Probabilidad o frecuencia con que se presenta el riesgo en el año (4) | Impacto o daño producido por el riesgo (5) | Valoración de la exposición o severidad del riesgo (6) | Definición de la exposición o severidad del riesgo (7) | Actividad de control programada (8) | Responsable del seguimiento de la actividad de control programada (9) |
|--------|-------------------------|--|---|--|--|--|-------------------------------------|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Nombre y firma del responsable del llenado de la matriz

***Instructivo para el llenado de la Matriz para la identificación, valoración de riesgos
2017 y actividades para su control***

No (1). Anotar el número correlativo del riesgo identificado.

Riesgo identificado (2). Anotar el riesgo relevante identificado.

Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado (3). Anotar el objetivo institucional afectado por el riesgo identificado.

Probabilidad o frecuencia con que se presenta el riesgo en el año (4). Si es alta anotar 3; si es media anotar 2; si es baja anotar 1.

Impacto o daño producido por el riesgo (5). Si es alto anotar 3; si es medio anotar 2; si es bajo anotar 1.

Valoración de la exposición o severidad del riesgo (6). Anotar el resultado de multiplicar el valor asignado a la probabilidad por el valor asignado al impacto.

Definición de la exposición o severidad del riesgo (7). Si la valoración de la exposición o severidad del riesgo es 9 anotar intolerable; si es 6 anotar importante; si es 4 o 3 anotar moderado; si es 2 anotar tolerable; si es 1 anotar trivial.

Actividad de control programada (8). Anotar la solución adoptada para aminorar o evitar el riesgo identificado, considerando que se dispone de los recursos y apoyos necesarios.

Responsable del seguimiento de la actividad de control programada (9). Anotar el cargo del funcionario responsable de la unidad organizativa.

Las siguientes unidades organizativas enviaron a Planificación la información solicitada correspondiente a su área de responsabilidad:

1. Almacén Central
2. Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar” (CAA)
3. Centro de Audición y Lenguaje (CALE)
4. Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas” (CRC)
5. Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)
6. Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)
7. Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)
8. Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)
9. Centro del Aparato Locomotor (CAL)
10. Departamento de Recursos Humanos (RRHH)
11. Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)
12. Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)
13. Unidad de Asesoría Jurídica

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|----------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 13 de 62 |

14. Unidad de Auditoría Interna
15. Unidad de Comunicaciones
16. Unidad de Consulta Externa (UCE)
17. Unidad de Control de Bienes Institucionales (UCBI)
18. Unidad de Estadística de Rehabilitación y Epidemiología
19. Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
20. Unidad de Proyectos de Extensión y Cooperación
21. Unidad de Regulación
22. Unidad Financiera Institucional (UFI)

En noviembre 2017, y con el objeto de dar cumplimiento al Art. 9 de las NTCI específicas del ISRI, se envió por correo electrónico la siguiente matriz a cada una de las anteriores unidades organizativas, solicitando completarla y luego remitirla a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional al correo electrónico sec1.planificacion@isri.gob.sv a más tardar el 15 de diciembre de 2017.

| Nº | Riesgo identificado por Almacén Central | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|--|---------------------------------|---|--|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

Para la elaboración del presente informe se utilizaron los datos remitidos por las unidades organizativas, transcribiéndose tal como fueron recibidos.

Riesgos identificados según unidad organizativa

El total de riesgos identificados fue 71, distribuidos así:

| Nº | Unidad organizativa | Número de riesgos identificados | Porcentaje acumulado |
|--------------|---|--|-----------------------------|
| 1 | Centro de Audición y Lenguaje (CALE) | 8 | 11 |
| 2 | Unidad Financiera Institucional (UFI) | 6 | 20 |
| 3 | Proyectos de Extensión y Cooperación | 5 | 27 |
| 4 | Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 4 | 32 |
| 5 | Recursos Humanos | 4 | 38 |
| 6 | Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 4 | 44 |
| 7 | Control de Bienes Institucionales (UCBI) | 4 | 49 |
| 8 | Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAA) | 3 | 54 |
| 9 | Comunicaciones | 3 | 58 |
| 10 | Auditoría Interna | 3 | 62 |
| 11 | Almacén Central | 3 | 66 |
| 12 | Asesoría Jurídica | 3 | 70 |
| 13 | Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | 3 | 75 |
| 14 | Acceso a la Información Pública (UAIP) | 3 | 79 |
| 15 | Centro del Aparato Locomotor (CAL) | 2 | 82 |
| 16 | Consulta Externa | 2 | 85 |
| 17 | Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | 2 | 87 |
| 18 | Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" (CRC) | 2 | 90 |
| 19 | Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 2 | 93 |
| 20 | Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) | 2 | 96 |
| 21 | Estadística de Rehabilitación y Epidemiología | 2 | 99 |
| 22 | Regulación | 1 | 100 |
| Total | | 71 | |

El promedio de riesgos identificados por unidad organizativa fue tres, estando por arriba de este promedio: el CALE con ocho; la UFI con seis; y Proyectos de Extensión y Cooperación, CRINA, Recursos Humanos, CRIOR y Control de Bienes Institucionales con cuatro riesgos cada uno. Lo que representó el 49 % del total (35/71). Los riesgos identificados por los centros del ISRI (incluyendo la Consulta Externa) fue 30, esto es 42 % del total de riesgos (30/71), en cambio

las unidades de la Administración Superior identificaron 41 riesgos, esto es 58 % del total.

Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado, según unidad organizativa

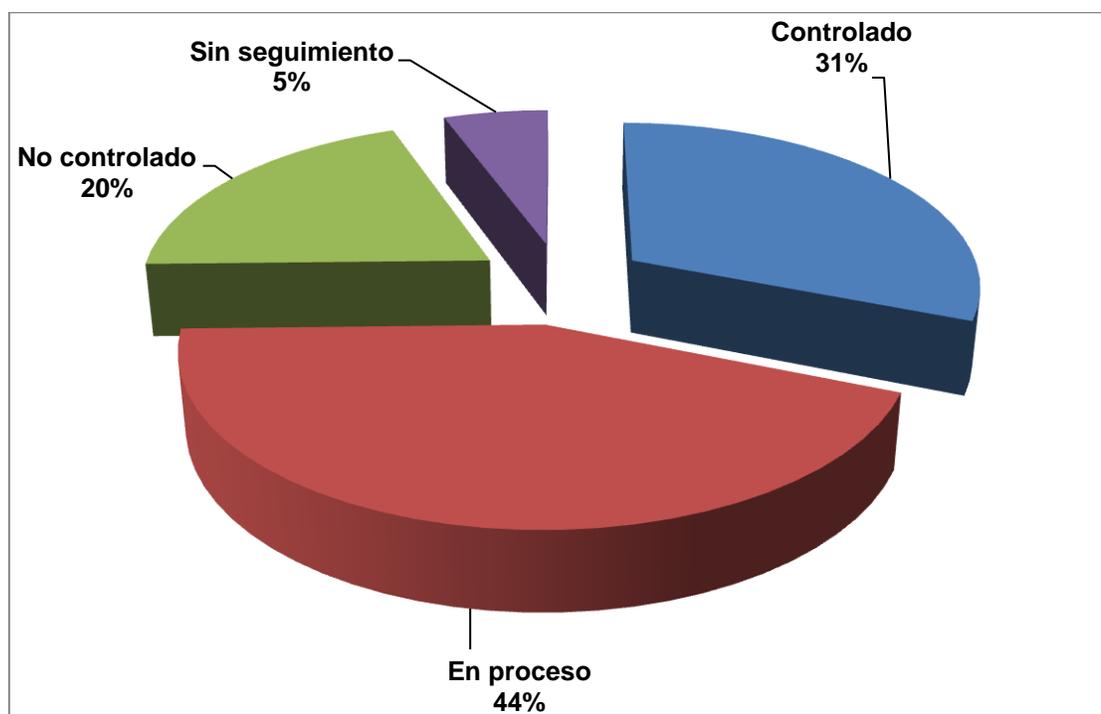
| Objetivo institucional | Unidad organizativa que identificó algún riesgo que afecta al objetivo institucional |
|---|--|
| 1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta. | CAL, CALE, Consulta Externa, CRC, CRINA, CRIO, CRIOR |
| 2. Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad. | CRP, CRIO |
| 3. Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores. | CAASZ |
| 4. Contribuir en la prevención, detección e intervención temprana de las discapacidades. | CALE |
| 5. Promover la equiparación de oportunidades para la plena inclusión social y laboral de las personas con discapacidad. | |
| 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | Almacén Central, Auditoría, Comunicaciones, CRINA Estadística, Jurídico, Planificación, Proyectos, Regulación, RRHH, UACI, UAIP, UCBI, UFI |

Ninguna unidad organizativa identificó algún riesgo que afectara adversamente el logro del objetivo institucional 5: Promover la equiparación de oportunidades para la plena inclusión social y laboral de las personas con discapacidad. Solamente el CALE identificó dos riesgos que afectan adversamente el objetivo institucional 4: Contribuir en la prevención, detección e intervención temprana de las discapacidades. Para el objetivo institucional 3: Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores, solamente el CAASZ identificó riesgos.

Situación de los riesgos entre enero y diciembre 2017, según unidad organizativa

| Unidad organizativa | Total de riesgos identificados | Riesgo controlado | Riesgo en proceso | Riesgo no controlado | Riesgo sin seguimiento |
|---|--------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|------------------------|
| Centro de Audición y Lenguaje (CALE) | 8 | 5 | 3 | 0 | 0 |
| Unidad Financiera Institucional (UFI) | 6 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| Proyectos de Extensión y Cooperación | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 4 | 1 | 3 | 0 | 0 |
| Recursos Humanos | 4 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 4 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Control de Bienes Institucionales (UCBI) | 4 | 0 | 1 | 3 | 0 |
| Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAA) | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Comunicaciones | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Auditoría Interna | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Almacén Central | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Asesoría Jurídica | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | 3 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| Acceso a la Información Pública (UAIP) | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Centro del Aparato Locomotor (CAL) | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Consulta Externa | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" (CRC) | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Estadística de Rehabilitación y Epidemiología | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Regulación | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Total | 71 | 22 | 31 | 14 | 4 |

Grado de control de los riesgos entre enero y diciembre 2017, según todas las unidades organizativas



Al comparar la situación de los riesgos controlados en mayo con los de diciembre se observó una mejoría significativa, dado que en mayo se reportaron nueve riesgos controlados y en diciembre 22, lo que representó un incremento de 144 % en relación a mayo. Para diciembre, la mayoría de los riesgos tuvo un grado de control clasificado como “en proceso”, es decir, que la actividad de control no se logró concluir durante el año 2017. También se identificó que tres unidades, Auditoría Interna, CRIO y UAIP, informaron “riesgos sin seguimiento”, esto es, que no se realizaron actividades de control.

De los 23 riesgos clasificados como intolerables, cuatro (17 %) fueron controlados, 11 (48 %) se encontraron en proceso y ocho (35 %) no se controlaron.

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|-------------------------------|-----------------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 18 de 62 |

Actividades de control y situación de enero a diciembre 2017, según unidad organizativa

Almacén Central

| Nº | Riesgo identificado por Almacén Central | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|---|---|---|--|---|
| 1 | Ausencia de información de soporte que sea confiable, oportuna, suficiente y pertinente de procedencia interna para la realización de registros. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | La información de soporte que remita la UACI y UFI, al Almacén Central debe ser confiable, oportuna, suficiente y pertinente. | La información de soporte que remitida por parte de UACI y UFI, al Almacén Central ha sido recibida en forma confiable, oportuna, suficiente y pertinente. | La información de soporte remitida por parte de UACI y UFI, al Almacén Central ha sido recibida en forma confiable, oportuna, suficiente y pertinente. | Controlado |
| 2 | Resultados inadecuados del inventario. | | Metodología documentada e informada a la Gerencia para la realización semestral del inventario físico, los resultados son comparados con el inventario teórico. | Se realizará inventario físico durante el mes de junio, los resultados son comparados con el inventario teórico | Se realizará inventario físico durante el mes de diciembre, los resultados son comparados con el inventario teórico | Controlado |
| 3 | Ausencia de sistema para registro de movimientos del Inventario. | | Respaldo de la base de datos oportunamente, mantenimiento periódico al sistema, actualización del sistema. | Se ha respaldado la base de datos oportunamente, se ha realizado un mantenimiento al sistema durante el mes de mayo, actualización del sistema de lunes a viernes | Se ha respaldado la base de datos oportunamente, se ha realizado un mantenimiento al sistema durante el mes de noviembre, actualización del sistema de lunes a viernes | Controlado |

Unidad de Auditoría Interna

| No | Riesgo identificado por Auditoría Interna | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|---|---|--|---|
| 1 | Falta de Conciencia de Control a Nivel Institucional | Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | <ol style="list-style-type: none"> Solicitar al departamento de Recursos Humanos gestionar capacitaciones sobre control interno. Solicitar a Junta Directiva autorización para que la unidad de Auditoría Interna realice capacitaciones sobre control interno. | Ninguna. | Ninguna | Sin Seguimiento |
| 2 | Presupuesto nulo para educación continuada. | | <ol style="list-style-type: none"> Solicitar a Junta Directiva presupuesto para capacitaciones de los miembros de Auditoría Interna. Solicitar a Junta Directiva que en economías y/o refuerzos presupuestarios se | <ol style="list-style-type: none"> Se ha gestionado o capacitación con la Corte de Cuentas de la Republica sobre Planificación Efectiva de Auditorías. Se ha gestionado o capacitación con la | <ol style="list-style-type: none"> Se recibió una Capacitación de parte de la Corte de Cuentas de la Republica Se gestiona capacitación con la Dirección General de Contabilidad Gubernamental Capacitaciones sin embargo solo se asigno un cupo Se solicito Financiamiento a Gerencia Administrativa autorización de | No Controlado |

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|----------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 20 de 62 |

| No | Riesgo identificado por Auditoría Interna | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|--|---|---|--|---|
| | | | <p>nos asignen fondos para adquirir capacitaciones.</p> <p>3. Realizar gestiones ante otras instituciones públicas para participar en capacitaciones gratuitas.</p> | <p>Dirección General de Contabilidad Gubernamental capacitaciones de actualización de Contabilidad Gubernamental</p> | <p>Fondos para seminario denominado "Estrategias para Implementar Coso 2013"</p> | |
| 3 | Retraso en la ejecución del Plan Anual de Trabajo | | <p>1. Considerar en el Plan Anual de Trabajo la solicitud de prórroga por parte de los auditados.</p> <p>2. En las capacitaciones de control interno agregar la importancia de los auditados en responder en manera oportuna.</p> <p>3. En el Manual de la unidad de Auditoría Interna considerar</p> | <p>1. Se solicitó a Junta Directiva modificación del cronograma del Plan Anual de Trabajo para que los trabajos sean ejecutados en tiempo.</p> <p>2. Se está elaborando el nuevo Manual de la Unidad de Auditoría Interna donde se considera una adecuada segregación</p> | <p>1. Se solicitó a Junta Directiva modificación del cronograma del Plan Anual de Trabajo para que los trabajos sean ejecutados en tiempo.</p> | En proceso |

| Nº | Riesgo identificado por Auditoría Interna | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|-----------|--|---|--|--|---|--|
| | | | una adecuada segregación de funciones y la elaboración de planes de trabajo efectivos. | ón de funciones. | | |

Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAA)

| Nº | Riesgo identificado por el CAA | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|-----------|--|--|---|--|--|--|
| 1 | Falla de equipos esenciales por antigüedad o deterioro en áreas específicas (cocina, lavandería, biomédica). | 3. Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores. | 1. Gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo oportunamente de maquinaria y equipos esenciales. 2. Gestionar mediante donativos o transferencias interinstitucionales la sustitución de equipos dañados. | 1. Se gestionó con el departamento de Mantenimiento del Ministerio de Salud mantenimiento correctivo de equipos esenciales tales como lavadoras y secadoras industriales del área de Lavandería; también se gestionó con la unidad de Biomédica institucional mantenimiento preventivo y | 1. Se contrató mantenimiento preventivo y correctivo de equipos esenciales tales como lavadoras y secadoras industriales del área de Lavandería, calderas y horno del departamento de Alimentación y Dietas; también se gestionó con la Unidad de Mantenimiento Institucional la reparación de plancha de tortillas del Departamento de Alimentación y | Controlado |

| Nº | Riesgo identificado por el CAA | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--------------------------------|--|---------------------------------|--|---|---|
| | | | | <p>correctivo de equipos biomédicos esenciales para las áreas de terapia física, laboratorio clínico y de uso en el área de enfermería.</p> <p>2. Se inició proceso de donativo de una licuadora de uso industrial con COMEDICA para sustituir equipo esencial dañado en el departamento de Alimentación y Dietas. También se gestionó mantenimiento preventivo a cuatro vehículos asignados al CAASZ.</p> <p>3. Se ha presentado en la unidad de Planificación cinco perfiles de proyecto para sustitución de equipos esenciales para las áreas de Lavandería, Terapia Física, Enfermería, Alimentación y Dietas.</p> | <p>Dietas</p> <p>2. Se concluyó proceso de donativo de una licuadora de uso industrial con COMEDICA para sustituir equipo esencial dañado en el departamento de Alimentación y Dietas. También se gestionó mantenimiento preventivo y correctivo a cuatro vehículos asignados al CAASZ.</p> <p>3. Se gestionó la adquisición de 20 camas hospitalarias para la Unidad Geriátrica, un equipo de Ultrasonido con corrientes combinadas para el área de Terapia Física, Un Microscopio binocular y una silla para sangrado para el área de Laboratorio, Un horno de convección para el Departamento de Alimentación y Dietas , 4 escaleras para el área de mantenimiento, 8 carros para traslado de ropa limpia, cuatro oxímetros de pulso, cuatro carros para transporte de</p> | |

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|----------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 23 de 62 |

| Nº | Riesgo identificado por el CAA | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|---|---|--|---|
| | | | | | <p>bandejas y 8 tensiómetros para el área de residencia, 100 sillas para el área de comedor, Un equipo de Sonido para el área de Terapia Física, Una Laptop y un proyector multimedia para la Dirección, 6 UPS para protección de equipo informático de diversas áreas</p> | |
| 2 | Pérdida de capacidad instalada por daños en infraestructura. | | Aislar zonas dañadas y potencialmente peligrosas. | <p>1. Continuó con el aislamiento de zonas potencialmente peligrosas. 2. Se ha presentado en la unidad de Planificación el perfil de proyecto "Intervenciones estructurales y restauraciones arquitectónicas varias en el Centro de Atención a Ancianos Sara Zaldívar".</p> | <p>1. Se continuó con el aislamiento de zonas potencialmente peligrosas. 2. Se sacó a licitación en 2 ocasiones el Proyecto "Intervenciones estructurales y restauraciones arquitectónicas varias en el Centro de Atención a Ancianos Sara Zaldívar para lo cual no se presentó ofertante. Se gestionó una evaluación estructural ante el comité de Protección Civil y se gestionó una segunda opinión al FISDL. 3. Se gestionó la compra del suministro e instalación de 20 lámparas de</p> | En proceso |

| Nº | Riesgo identificado por el CAA | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | alumbrado externo tipo LED. | |
| 3 | Asignación presupuestaria insuficiente para cubrir necesidades de adultos mayores. | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar apoyo financiero con las autoridades del ISRI para cubrir el déficit existente. 2. Gestionar donativos de bienes esenciales. 3. Darle seguimiento oportuno a la ejecución presupuestaria. | <p>1. Se gestionó el donativo de pañales desechables para adulto, arroz, frijol y aceite con la Secretaria de Inclusión Social por un monto de \$7,763.05</p> <p>2. Se le dio seguimiento oportuno a la ejecución de la PAA, informando de ello a Gerencia Administrativa. Además con el fin de maximizar el uso de los recursos asignados se gestionó la autorización de tres reprogramaciones de fondos.</p> | <p>1. Se gestionó el donativo de toallas, frazadas, colchonetas y medicamentos por un monto de \$6,329.83</p> <p>2. Se le dio seguimiento oportuno a la ejecución de la PAA, informando de ello a Gerencia Administrativa. Además con el fin de maximizar el uso de los recursos asignados se gestionó la autorización de cuarenta y tres reprogramaciones de fondos. Se gestionó el apoyo con economías de salario del segundo semestre por un monto de \$ 38,229.00, se gestionó el apoyo con economías de salario del primer semestre por un monto de \$ 24,050.00, se gestionó el apoyo con ampliación automática por un monto de \$2,631.00, se gestionó el apoyo con fondos de la administración superior por un monto de</p> | Controlado |

| Nº | Riesgo identificado por el CAA | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--------------------------------|--|---------------------------------|---|---|---|
| | | | | | \$26,000.00, se ejecutó un 100% de las asignaciones presupuestarias asignadas para la adquisición de bienes y servicios para el año 2017 tanto de fondo general como de recursos propios. | |

Centro de Aparato Locomotor (CAL)

| Nº | Riesgo identificado por el CAL | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Tiempos de espera prolongados para ingresar al área de terapia. | 1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo de los tiempos de espera. 2. Establecer criterios de priorización. 3. Elaborar protocolos de ingreso. 4. Monitoreo de tiempos de estancia en áreas de Terapia. 5. Monitoreo de altas y su condición. | <p>Al momento se lleva el monitoreo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempos de espera, los cuales han sido reducidos, sin embargo al momento no se ha cubierto plaza vacante de fisiatra y se tiene incapacidad prolongada del otro recurso lo que podría volver a incrementar los tiempos de espera. | Se ha dado seguimiento en forma mensual de acuerdo a la matriz Institucional de seguimiento al programa presupuestario: "Mejora gradual del acceso y cobertura en los servicios de rehabilitación" manteniéndose tanto los tiempos de espera como los tiempos de estancia dentro del estándar Institucional esperado. | En proceso |

| Nº | Riesgo identificado por el CAL | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--------------------------------|--|---------------------------------|---|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Tiempos de estancia en áreas de terapia, en los casos prolongados se pasa a evaluación en equipo, para reevaluar diagnóstico, plan de rehabilitación y alta. Monitoreo de altas y su condición. Observando que ha disminuido el número de altas voluntarias. <p>Se encuentra en proceso de elaboración los criterios de ingreso y de priorización que está siendo elaborado por el Coordinador de los Servicios Médicos y de Apoyo</p> | <p>También se encuentra en el estándar las altas rehabilitadas. Es importante mencionar que aún no se ha podido contratar los recursos de Fisiatría, encontrándonos en este momento con una plaza vacante de 6 horas diarias y otra vacante de 2 horas diarias, lo que hace que se prolonguen los tiempos de espera para ingresar a los servicios de rehabilitación ya que el que establece el plan de rehabilitación es el médico especialista en Fisiatría. Se ha gestionado para ambas plazas el proceso de contratación.</p> <p>Se han elaborado criterios de priorización así como también se ha definido qué tipo de discapacidad ingresa a través de otra especialidad que no es Fisiatría para poder agilizar el plan de</p> | |

| Nº | Riesgo identificado por el CAL | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|--|---|--|---|
| | | | | | rehabilitación en las áreas de terapia. | |
| 2 | Falta de oportunidad en la entrega de ayudas ortoprotésicas. | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de un estudio de tiempo y movimiento para las ayudas ortoprotésicas. 2. Propuesta de mejora para los procesos productivos. 3. Monitoreo de los procesos productivos de las ayudas ortoprotésicas. | Al momento se están realizando dos estudios en la Unidad de Ortopedia Técnica el primero con el apoyo de consultora de la Secretaria Técnica y de Planificación Estratégica de la Presidencia quien se encuentra optando por grado de maestría en Consultoría Empresarial denominado "Diseño de un proceso de Gestión por Procesos para la Unidad de Ortopedia Técnica" que incluye la toma de tiempos y movimientos en el proceso de elaboración de las ayudas ortoprotésicas y el segundo desarrollo de tesis de Graduación para optar por el título de Ingenieros Industriales de la Universidad de El Salvador denominado "Mejora de los procesos productivos en la Unidad de Prótesis y Ortesis del Centro del Aparato Locomotor (CAL) del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI). | Al momento ya fue realizado el diagnóstico y se encuentran en la fase de propuestas de solución , se espera que el documento esté terminado para el primer trimestre de 2018 | En proceso |

Centro de Audición y Lenguaje (CALE)

| Nº | Riesgo identificado por el CALE | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) | |
|----|---|--|--|--|---|---|------------|
| 1 | Dificultad de no contar con recursos humano en los servicios médicos, enfermería, archivo. | 1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta | Gestionar con autoridades para direccionar las plazas vacantes a fin de cubrir necesidades. | Se han realizado gestiones y contratación de recurso de acuerdo a necesidades, 3 de 5 recursos pendientes. | Inducción y capacitación al personal de nuevo ingreso | Controlado | |
| 2 | El alto índice de inasistencia de los usuarios a sus terapias y exámenes de diagnóstico obstaculiza el avance en los procesos de rehabilitación. | | Realizar reuniones por centro de interés (diagnostico). Desarrollar el programa de Padres Comprometidos. Concientizar a los usuarios y sus responsables de asistir a sus exámenes y terapias y los avances que se logran en rehabilitación con la perseverancia. | Se han realizado cuatro reuniones por centro de interés, al igual que incluir el tema en los programas de padres comprometidos, al momento con avance habiéndose mejorado del 21 % al 13 % de inasistencia | Se alcanzó superar en la mayoría de los programas con excepción de habilidades adaptativas donde se logro un 57 %de rendimiento | En proceso | |
| 3 | No contar con los bienes y servicios según el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) los cuales son necesarios para el cumplimiento de los objetivos del Centro. | | Realizar un seguimiento semanal. | Implementar nuevas actividades. | Se han realizado catorce seguimientos semanales. Se actualizo el programa informático de seguimiento presupuestario | Se han realizado la adquisición de los bienes y servicios necesarios para el buen funcionamiento del Centro según PAA | Controlado |
| 4 | Cultura de la información: toma de decisiones sin información oportuna. | | Entrega de información semanalmente para la toma de decisión. | | Se revisa información sobre rendimiento, rehabilitados y compras | Se le dio seguimiento a los plan anual de trabajo y el plan anual ejecutado | Controlado |

| Nº | Riesgo identificado por el CALE | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|---|--|---|---|---|
| 5 | Procesos y programación de mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos: médico, de laboratorio, informático, aire acondicionado. | | Solicitar los mantenimientos a la sección de mantenimiento, biomédicos e informática los mantenimientos preventivos y correctivos. | Al momento se ha realizado las solicitudes de contratación de servicios, pendientes de proceso de adjudicación. | Se realizaron los procesos mantenimientos correctivos en los equipo con excepción en el área de audiometría ya que el equipo de timpanometría requiere un cable que la empresa no logro entregar al cierre presupuestario. | Controlado |
| 6 | Visualización del ISRI en el ministerio de Salud. | 4. Contribuir en la prevención, detección e intervención temprana de las discapacidades | Realizar visitas a los SIBASI de las zonas: Occidental, Paracentral y Oriental. | Se ha realizado 10 visitas y una capacitación para detección y referencia oportuna al CALE | Se logro realizar las actividades planificadas en el programa de diagnostico temprana, apoyando al Ministerio de Salud en la apertura de realizar las prueba auditivas de tamizaje en seis Hospitales Nacionales y la aprobación del lineamiento para el tamizaje auditivo en recién nacidos de riesgo por el Ministerio de Salud | Controlado |
| 7 | Falta de articulación del ISRI de occidente y oriente en el programa de detección temprana de sordera. | | Involucrar a las autoridades locales del occidente y oriente en el programa detección temprana de sordera. | Se han realizado oferta de equipamiento y capacitación a los centros regionales, sin respuesta de ambos centros | Se realizado la solicitud de financiamiento para la adquisición de los equipos de tamizaje para las regionales del ISRI. | En proceso |
| 8 | Falta de recursos para realizar proyectos de mejora en infraestructura. | 1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta. | Gestionar con autoridades y organismos internacionales financiamientos. | Se han realizado el levantamiento del proyecto, pendiente los fondos. | Se ha buscado financiamiento para mejora de infraestructura del Centro no obteniendo éxito en la gestión. | En proceso |

Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"

| Nº | Riesgo identificado por el CRC | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|---|--|---|---|---|
| 1 | Perdida de la información. | 1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta. | Guardar en la carpeta "mis documentos", la información con valor administrativo y legal. Evitar el uso indiscriminado en la carpeta "música e imágenes" que no contengan valor administrativo y legal. Revisión semestral del uso y contenido de la información. Revisión mensual de la información generada en los sistemas de gestión. | 1. Todo el equipo informático del Centro se sustituyó por equipo nuevo, siendo realizada dicha actividad, quienes revisaron y verificaron el contenido de las carpetas en cada equipo, habilitando a su vez, las carpetas compartidas. 2. Se revisa mensualmente la información de los programas de Gestión. | Revisar periódicamente la funcionalidad de las carpetas compartidas y del resguardo adecuado de la información. Se revisa mensualmente la calidad de la información de los programas informáticos, | En proceso |
| 2 | Retardo en el inicio del proceso de rehabilitación. | | Control de agenda médica. Evaluación funcional oportuna. Asignación de plan de rehabilitación y horarios. | 1. Continuamos si el recurso de oftalmología. 2. Los ingresos cuentan con evaluación funcional, plan de rehabilitación y horario establecidos | Se continua sin oftalmólogo, a pesar de hacer el proceso de reclutamiento en dos ocasiones Los ingresos cuentan con plan de rehabilitación y horarios. | En proceso |

Unidad de Comunicaciones

| Nº | Riesgo identificado por Comunicaciones | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|---|---|--|--|---|
| 1 | Equipo de trabajo limitado. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | Gestionar la compra de una cámara fotográfica. | Se planteó la necesidad dentro del presupuesto 2018. | Se compró cámara fotográfica | Controlado |
| 2 | Falta de recurso humano con conocimiento de edición y diseño. | | Gestionar la contratación de un nuevo recurso. | Se ha superado a través de gestiones con la universidad Matías Delgado, para contar con estudiantes que realizan sus horas sociales. | Se ha gestionado con la Universidad de El Salvador, la posibilidad de contar con estudiantes para horas sociales | En proceso |
| 3 | Presupuesto insuficiente para el funcionamiento de la Unidad. | | Solicitar para el presupuesto 2018 se considere aumentar el presupuesto de la Unidad. | Se presentó un presupuesto adecuado a las necesidades de la unidad de Comunicaciones. | Se presentó en la planificación del presupuesto el monto ideal para el mejor funcionamiento de la Unidad de Comunicaciones | En proceso |

Unidad de Consulta Externa

| Nº | Riesgo identificado por la Consulta Externa | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|---|--|--|--|---|
| 1 | Falta de recurso humano en medicina de especialidad (fisiatría). | 1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, | 1. Justificación técnica de la necesidad del recurso. 2. Gestión administrativa para la cobertura en la atención. | 1. Se han realizado las gestiones ante Gerencia Medica y el jefe de Recursos Humanos. 2. Se promovió de | 1. Se realizan gestiones nuevamente ante RRHH, relacionado a plaza de fisiatra. 2. Tramite de | En proceso |

| Nº | Riesgo identificado por la Consulta Externa | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|--|---|--|---|
| | | sensorial, psicológica y mixta. | 3. Seguimiento de la gestión. | parte de RRHH concurso interno el cual finalizó y estamos a la espera del seguimiento. | solicitud de parte de Dra. Minero ante Gerencia Medica, en espera de resolución. | |
| 2 | Inexactitud en la aplicación de los criterios de ingreso al CRINA. | | 1. Revisión de los Criterios de Ingreso al CRINA. 2. Divulgación de los criterios al personal. 3. Verificación de la aplicación de los mismos. | 1. Se llevaron a cabo reuniones para revisión con el personal médico y dirección CRINA. 2. Participación de los involucrados y se han generado algunos cambios. 3. Se remitirá previa evaluación de los últimos cambios, a Gerencia para su aprobación. | 1. En espera de aprobación de los criterios modificados ante Gerencia Medica para su luego dar a conocer al personal Médicos y Paramédicos de la Unidad. | En proceso |

Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)

| Nº | Riesgo identificado por el CRINA | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|---|--|---|---|
| 1 | Incumplimiento en la ejecución de las atenciones programadas en los servicios de | 1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas | 1. Seguimiento de causas de inasistencias usuarios y personal del Centro. 2. Motivar y dar | 1. Seguimiento mensual de causas de no cumplimiento de atenciones programadas (aproximadamente el 10 % de las causas | 1. Seguimiento mensual a causas que no permitieron el cumplimiento de atenciones programadas de julio a noviembre 2017. | En proceso |

| Nº | Riesgo identificado por el CRINA | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|--|--|--|--|---|
| | rehabilitación que afectan los objetivos del proceso de rehabilitación de cada usuario. | física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta. | seguimiento a la participación activa y directa de los responsables en el proceso de rehabilitación, dándoles a conocer consecuencia de que los usuarios no asistan durante las terapias y por las redes sociales del ISRI. 3. Dar a conocer al personal el impacto que causa las inasistencias de ellos en la atención de los usuarios. 4. Revisión y actualización de horarios y cupos de cada profesional. 5. Readecuar horarios de atención de acuerdo a las necesidades de los usuarios y posibilidades del Centro. 6. Contar y ejecutar los planes de contingenciales de atención de usuarios por ausentismo del | son ajenas al Centro por lo que no se tiene injerencia en ellas: enfermedad del usuario o responsable. Falta de recursos económicos). 2. Cada área elabora informe sobre causas del no cumplimiento de atenciones y establece estrategias: dar a conocer a los padres beneficios y daños que esto ocasiona en la rehabilitación de sus hijos. 3. Asignación de terapias grupales a los usuarios que con frecuencia se ausentan. 4. Atención a usuarios en horarios donde se ausenta otro y/o atención grupal a usuarios en ausencia de un profesional. 5. Seguimiento a resultados de estrategias propuestas para mejorar rendimiento en las diferentes áreas. Rendimiento del 80 % que equivale a 67,149 atenciones proporcionadas de enero a mayo/17. | Encontrándose en ese período que no se ha cumplido el 21% de lo programado (18,809 atenciones) por las siguientes causas: <u>Inasistencia de usuarios</u> 15% (equivalen a 13,435 atenciones); <u>Permisos del personal por enfermedad y falta de plaza</u> 5.5% (equivalen a 4,926 atenciones) y por <u>Actividades no Programadas</u> el 0.5% (equivale a 448 atenciones no brindadas) El mayor % de casusas del no cumplimiento de lo programado son ajenas al Centro por lo que no se tiene injerencia en ellas como: enfermedad del usuario o responsable, falta de recursos económicos en grupo familiar del usuario, etc. Se ha gestionado la contratación de terapeutas en plazas vacantes las cuales a la fecha no se ha logrado agilizar el proceso institucional. 2. Cada área elabora informe sobre causas del no cumplimiento de atenciones y establece estrategias ya definidas en el | |

| Nº | Riesgo identificado por el CRINA | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|--|---|---|--|---|
| | | | <p>personal. 7. Reuniones de dirección, jefaturas y coordinaciones de las áreas técnicas y apoyo para dar seguimiento al rendimiento de las áreas y el resultado de las estrategias propuestas para minimizar el riesgo.</p> | | <p>Centro (las mencionadas en el semestre anterior). 3. Atención grupal a los usuarios que con frecuencia se ausentan. 4. Atención grupal a usuarios cuando no se cuenta con profesional asignado además atención a usuarios en horarios donde se ausenta otro niño. 5. Seguimiento a resultados de estrategias propuestas para mejorar rendimiento en las diferentes áreas. Rendimiento del Centro del 78.70% que equivale a 69,491 atenciones proporcionadas de julio a noviembre /17.</p> | |
| 2 | <p>Inasistencias del personal por permisos personales y por enfermedad que conlleva a no brindar servicios programados y a la acumulación y sobrecarga de trabajo en los demás empleados.</p> | | <p>1. Verificar causas de inasistencia del personal: a) por enfermedad: incentivar los hábitos de salud preventiva, asistir a controles médicos y dar a conocer consecuencias de no cuidar su salud; charlas sobre enfermedades</p> | <p>Atención a usuarios en horarios donde se ausenta otro y/o atención grupal a usuarios en ausencia de un profesional. (El no cumplimiento de atenciones el 0.82 % es por permisos personales y el 3.7 % por enfermedad del personal que en su mayoría son controles médicos)</p> | <p>Atención grupal a usuarios cuando no se cuenta con profesional asignado que se ha ausentado por enfermedad o permiso personal o por falta de asignación de recurso humano en plaza vacante. El mayor problema se ha tenido en el área de <u>Terapia Ocupacional</u> donde se tiene una plaza vacante desde el 120/03/17 y a la fecha no se ha contratado personal sustituto y en el mes de noviembre/17 y</p> | En proceso |

| Nº | Riesgo identificado por el CRINA | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|---|--|---|--|---|
| | | | <p>más frecuentes (detección temprana y manejo adecuado). b) personales: análisis previo para otorgamiento de los permisos personales por cada jefatura.</p> | | <p>en el área de <u>Psicología</u> por ausencia de 1 psicóloga por cirugía de cataratas; Además falta de contratación en <u>1 plaza</u> vacante de <u>Secretaria 1</u> que no ha sido contratada desde 2015, sobrecargando el trabajo en las áreas técnicas y administrativas por la falta de contratación de recursos en esas áreas a pesar de las gestiones realizadas ante las autoridades Institucionales competentes, por lo que no se ha logrado controlar en su totalidad éste riesgo.</p> | |
| 3 | Limitada asignación presupuestaria para cubrir necesidades de funcionamiento del Centro. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | <p>1. Gestionar y justificar presupuesto del Centro ante autoridades Institucionales. 2. Dar seguimiento a las diferentes solicitudes de apoyo financiero realizadas al Comité Técnico Financiero. 3. Velar por el cumplimiento de las Políticas de Ahorro y Austeridad en el Centro y el uso racional de los bienes. 4. Gestionar apoyo inter e</p> | <p>1. justificar y evidenciar necesidades presupuestarias del Centro ante autoridades Institucionales. 2. Dar seguimiento a las diferentes solicitudes de apoyo financiero realizadas al Comité Técnico Financiero. 3. Cumplir las Políticas de Ahorro y Austeridad Institucional en el Centro y el uso racional de los bienes. 4. Gestionar y dar seguimiento a solicitudes de apoyo intra e interinstitucional para solventar las necesidades desfinanciadas.</p> | <p>Las actividades de control y gestiones realizadas en el segundo semestre fueron positivas ya que se logró obtener financiamiento por un monto de \$24,453.66 el cual permitió dar respuesta a necesidades planteadas por algunas áreas lográndose adquirir equipo para área de terapia musical, terapia educativa, terapia de lenguaje, terapia física , psicología y programa de ayudas técnicas. Adicionalmente se logró adquirir lámparas led para sustituir la totalidad de estas y generar medidas de ahorro energético significativas. Por un monto de \$9,467.61</p> | Controlado |

| Nº | Riesgo identificado por el CRINA | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|---|--|--|---|
| | | | intra institucional para solventar las necesidades que no cubre presupuesto asignado. | | este fondo fue producto de una reprogramación de fondos sobrantes del primer semestre del año 2017 y apoyo del Comité Financiero Institucional. | |
| 4 | Que no se consideren los proyectos de inversión y mejoras del Centro como prioridad institucional. | | 1. Elaborar justificaciones técnicas y perfiles de proyectos de mejora a la infraestructura y equipamiento a las autoridades del Instituto. 2. Coordinación con la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, para el seguimiento de la aprobación y ejecución de los mismos. 3. Gestionar apoyo de elaboración y/o ejecución de proyectos menores de mejora a la infraestructura con Instituciones idóneas. | 1. Dar seguimiento a los perfiles de proyectos enviados a la unidad de Planificación. 2. Dar seguimiento a las gestiones de apoyo para la ejecución de proyectos de mejora a la infraestructura y equipamiento con Instituciones idóneas. | En el periodo se gestionó apoyo al Consejo Nacional de Energía para la elaboración de un perfil de proyecto de energía fotovoltaica el cual fue presentado en el mes de Noviembre/17, a la Unidad de Planificación del ISRI, que contribuirá a generar ahorro energético significativo a nuestro Centro y por ende al ISRI, así mismo se presentó proyecto ante la UACI, para la ampliación del sistema termo solar de piscina terapéutica el cual fue declarado desierto en dos procesos llevados a cabo por dicha unidad, gestionándose que en las economías de salario del año 2018, se nos pueda brindar financiamiento para su ejecución. | En proceso |

Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| Nº | Riesgo identificado por el CRIO | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|---|--|---|---|---|
| 1 | Falta de capacidad de respuesta al incremento de la demanda de consulta de niños con riesgo de discapacidad al nacer y con discapacidades congénitas. | 1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta. | Gestión de contratación de personal médico especialista en el área pediátrica. Gestionar la habilitación de clínicas de intervención y diagnóstico temprano de la discapacidad infantil. Atención de pacientes en condición. | Solicitud de Contratación de Plaza de Pediatra | Solicitud de Contratación de Plaza de Pediatra No hay disponibilidad económica para la contratación a la fecha | En proceso |
| 2 | Falta de capacidad de respuesta a la demanda en consulta de psicología y psiquiátrica. | | Gestión aumento de horas psicología. Contratación de psiquiatra. Realizar norma y lineamientos de atención psicología. | Solicitud de Contratación de plaza de Psiquiatra | Solicitud de Contratación de plaza de Psiquiatra No hay disponibilidad económica para la contratación a la fecha | En proceso |
| 3 | Existen debilidades en la orientación, capacitación vocacional e inserción productivas en el proceso de rehabilitación. | 2. Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad. | Crear programas de promoción y orientación para la reinserción de los pacientes con discapacidades. Revisión del componente en el proceso de egreso del usuario. | Ninguna | Ninguna | Sin seguimiento |

Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)

| Nº | Riesgo identificado por el CRIOR | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Limitada cobertura en la atención de terapias por falta de personal operativo ante plazas vacantes por retiros y renunciaciones. | 1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta. | Gestionar la incorporación al Centro de recurso técnico profesional ad-honorem bajo el concepto de pasantía. Cobertura de la atención a través de estudiantes de fisioterapia de la UES en función de práctica académica bajo supervisión de terapeutas del Centro. Contratación de personal calificado y permanente. | <ul style="list-style-type: none"> - Se ha identificado recurso técnico graduado de la carrera de Terapia Física y Ocupacional que puede ser incluido en pasantía y bajo condición Ad-honorem para la atención de usuarios del Centro. - Se ha autorizado la práctica académica durante el primer semestre del año a estudiantes de la carrera de Terapia Física y Ocupacional de la UES, que cursan el tercer y cuarto año de la Licenciatura. - Se ha formado parte la Comisión de Selección y Reclutamiento del personal del ISRI para la contratación de dos que se mantenían vacantes en el Centro. | <ul style="list-style-type: none"> - Se ha establecido acuerdo con una Terapeuta Física y Ocupacional que se ha comprometido y ha generado el debido trámite para incorporarse en concepto de Pasantía al área de Terapia Física Adultos del CRIOR, de enero a marzo del año 2018. - Se ha efectuado coordinación con la UES de la zona oriental para lograr la designación de una estudiante en servicio social para efectuar sus prácticas en el área de Terapia Física Niños del CRIOR de enero a junio del año 2018- - Se ha gestionado ante Recursos Humanos del ISRI la apertura del debido concurso para cobertura de dos plazas vacantes de Terapeuta en el CRIOR, cuyo proceso de selección se hará en febrero del año 2018 | No controlado |

| Nº | Riesgo identificado por el CRIOR | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|--|--|---|--|---|
| 2 | Bajo rendimiento en el cumplimiento de las metas por inasistencia de usuarios y ausencia del personal. | | Concientización y/o aplicación de disposición normativa a usuarios insistentes. Control administrativo de las actividades institucionales o permisos potestativos del personal. Estrategia de sustitución de pacientes insistentes mediante cita en sobrecupo. | <ul style="list-style-type: none"> - Se proporcionan charlas de concientización sobre la importancia de asistir a citas médicas, terapias y toma de medidas/entrega de aparatos ortopédicos a través del concurso de Trabajo Social. - Se ha limitado el número de recursos asignados para capacitaciones, así mismo se ha restringido el número de permisos y la extensión del número de días para situaciones de permisos personales. | <ul style="list-style-type: none"> -Se ha establecido una campaña formal de orientación y concientización para no faltar a citas médicas y terapias para usuarios, con la colaboración del personal del Centro. -Se ha reducido el número de actividades no programadas para evitar la suspensión del servicio y no crear mal presente en los usuarios, que conlleve a que falten a sus citas y terapias | No controlado |
| 3 | Limitar la calidad de la atención por problemas de estructuración de los servicios y programas implementados. | | Replanteamiento de servicios y programas mal definidos. Modificación de portafolios, actividades y metas por cambios en servicios y programas. Monitorear la satisfacción de los usuarios en relación a la calidad del servicio o programa. | <ul style="list-style-type: none"> - Revisión y actualización del proceso de atención en las áreas de terapias del CRIOR. - Reestructuración de actividades en portafolios y cambio de metas en los servicios y programas para el año 2017. - Redistribución del personal de Trabajo Social, asignando un recurso para el área específica de terapias en vías de evaluar la satisfacción del | <ul style="list-style-type: none"> -Se continúa la revisión y actualización del proceso de atención en las áreas de Terapias del Centro. -Se han depurado la oferta de servicios y programas del Centro. -Existe un formato que valúa la satisfacción del usuario en su atención, que aun no se implementa sistemáticamente para la cuantificación en todas las áreas | No controlado |

| Nº | Riesgo identificado por el CRIOR | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|--|---|---|--|---|
| 4 | Limitado apoyo y reconocimiento local del Centro por falta de alianzas estratégicas extramurales. | | Implementación de medidas publicitarias del Centro. Realización de actividades locales de acercamiento interinstitucional. Establecimiento de alianzas y apoyos económicos o en especies. | <ul style="list-style-type: none"> - usuario. - Se ha concretado la organización de Foro "Hablando de discapacidad y Rehabilitación". - Se ha fortalecido la presencia y asistencia a reuniones dentro de la Red de Atención Compartida y Gabinete de Gestión Gubernamental. - Se ha obtenido donativo por un valor de \$2,810.40 | <ul style="list-style-type: none"> - del CRIOR. -Se mantiene coordinación con medios televisivos para cobertura de eventos del CRIOR, además participación del personal en programas relacionados a discapacidad-rehabilitación -Se llevó a cabo el primer Foro de la zona oriental que trató exclusivamente sobre "Discapacidad y Rehabilitación", en julio del presente año. -Se sigue obteniendo donativo por diferentes monto y en especie: Aire Acondicionado, equipo de Computadora e impresora. | No controlado |

Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)

| Nº | Riesgo identificado por el CRP | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de Junio a Diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|--|---|---|---|
| 1 | Falta de demanda de los servicios de atención. | 2. Promover y desarrollar programas de orientación, | Promoción de los servicios, a nivel de escuelas, | Reuniones de equipos de trabajo para elaborar el plan | <ul style="list-style-type: none"> • Cuatro visitas de promoción de servicios en centros de atención (CAL). • Visita a asociación | En proceso. |

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|----------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 41 de 62 |

| Nº | Riesgo identificado por el CRP | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de Junio a Diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|---|---|---|---|
| | | capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad. | iglesias, alcaldía, ferias, otras instituciones relacionadas. | de intervención. Acuerdo con Universidad Alberto Masferrer para la elaboración de proyecto de promoción del centro el cual se presentará a finales de agosto. | salvadoreña de personas ciegas. <ul style="list-style-type: none"> • Una visita hospital Bloom. • Promoción en cuatro ferias del buen vivir. • Realización de una feria de empleo. • Recepción del plan de promoción de parte de la Universidad Alberto Masferrer. • Participación en foro de trabajo social e inserción laboral de la Universidad Pedagógica. • 34 promociones empresariales. • Una reunión con organización de personas con discapacidad de Panchimalco. | |
| 2 | No contar con equipo necesario y adecuado para brindar los servicios de capacitación en los diferentes talleres. | | Gestiones para la renovación del equipo de los diferentes talleres vocacionales, antes de su deterioro total. | Presentación de proyectos a administración superior. Solicitudes a informática y servicios generales para mantenimiento y reparación de equipos. | <ul style="list-style-type: none"> • Recepción de horno para taller de arte culinario. • Se continuaron gestiones para obtención de equipo de informática. • Remodelación de portón principal. • Reparación de 23 máquinas de costura industrial. | En Proceso |

Unidad de Asesoría Jurídica

| Nº | Riesgo identificado por Asesoría Jurídica | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|---|---|--|---|---|
| 1 | Vacios en las normativas institucionales, normativas institucionales obsoletas y normativas nuevas con contradicciones. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | Nos pronunciamos ante tal circunstancia para eliminar el vacío o contradicción. | 1) Sobre aplicación del Reglamento General de Viáticos y Lineamientos internos. 2) Sobre propuesta de modificación a normas y procedimientos de una unidad, incluyendo temas ya regulados en leyes. | 1) Se ha dado seguimiento por medio de Presidencia para la actualización de Normas Técnicas y como consecuencia de los lineamientos que de ello deviene. Como departamento se ha intervenido en algunas de las comisiones recién nombradas. | En proceso |
| 2 | Actualmente se ha detectado que las unidades que deben brindar opinión sobre un tema que les compete por ley, evaden fundamentar su propio criterio, asumiendo que todo es opinión de la unidad Jurídica o de presidencia, recargando el trabajo y la responsabilidad en la unidad Jurídica y en presidencia. | | Pronunciamiento para delimitar competencia jurídica. | 1) Advertencia sobre la competencia de la unidad Jurídica para opinión sobre el Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones, puesto que por Ley corresponde a la UFI y la UACI. 2) Se emitió opinión a RRHH, por evaluación de personal incapacitado. 3) Sobre cobertura de inmuebles en pólizas de seguros 4) Sobre a quién corresponde otorgar carta de recomendación de empresa que | 2) pronunciamiento y concientización del personal para la presentación de su declaración jurada de probidad | En proceso |

| Nº | Riesgo identificado por Asesoría Jurídica | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|--|---------------------------------|---|--|---|
| | | | | <p>ha proporcionado un servicio al ISRI</p> <p>5) Sobre expediente de empleado de Centro con evaluaciones insatisfactorias</p> <p>6) Sobre aclaración de lo que debe entenderse como documentos contractuales y a quien corresponde la responsabilidad de efectuar reclamos por incumplimientos contractuales.</p> <p>7) Sobre tipificación de fondos que ingresan como donaciones producto de utilización de inmuebles</p> <p>8) Sobre procedimiento a seguir por RRHH, cuando media una orden emanada de una sentencia.</p> <p>9) Sobre autorización de pago de servicios no contemplados en el contrato y sin contar con autorización respectiva.</p> <p>10) Sobre Ley a aplicar en caso</p> | | |

| Nº | Riesgo identificado por Asesoría Jurídica | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|---|---|--|---|
| | | | | de destituciones 11) Sobre salario que corresponde a personal en proceso de reinstalo. 12) Sobre responsabilidad de emitir opinión de inconvenientes surgidos con personal del área a cargo 13) Sobre evasión de dar respuesta concreta para elaboración de nota que se dirige otra institución. 15) Sobre la legalidad que se consigne sello de la empresa en un contrato. 16) Sobre aplicación de la Ley de Asuetos, Licencias y Vacaciones. 17) Sobre falta de criterio para llenar una declaración jurada, sobre hechos que no son pertinentes al ISRI. | | |
| 3 | Ausencia de información escrita, clara y pertinente con relación a las consultas jurídicas que | | Realizar entrevistas directas con el consultante apoyando en que se tome una decisión más | 1) Como hacer efectiva una sentencia. 2) Como hacer cálculos de montos a pagar en | Ya controlado | En control |

| Nº | Riesgo identificado por Asesoría Jurídica | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|--|--|--|--|---|
| | hacen las diferentes áreas. | | acorde a la ley y normativa interna o detectar si es por ignorancia inexcusable o malicia en no dar una opinión escrita. | 3) Sobre emitir opinión favorable para reconocer como dueños a terceros ajenos como propietarios de inmuebles que pertenecen al ISRI. 4) Sobre opinión jurídica de temas técnico legales cuando no se es abogado. | | |

Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

| Nº | Riesgo identificado por Planificación | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|--|---|--|--|---|
| 1 | Falta de recursos financieros para cumplir con los nuevos objetivos | 6. Promover todas las acciones necesarias o | Gestión ad hoc ante organismos internacionales y otras agencias | Pendiente que las gestiones realizadas el año pasado den | Las gestiones realizadas no dieron resultados positivos. | No controlado |

| Nº | Riesgo identificado por Planificación | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|---|--|--|--|---|
| | del ISRI. | pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | de cooperación. | resultados positivos. | | |
| 2 | Falta de suficiente recurso humano dado que se han incorporado obligaciones extraordinarias. | | Gestión ante el Ministerio de Hacienda la asignación de dos plazas nuevas de técnico en Planificación. | La solicitud hecha en el presupuesto 2017 no fue aprobada. | La solicitud hecha en el presupuesto 2017 no fue aprobada. | No controlado |

Unidad de Regulación

| Nº | Riesgo identificado por Regulación | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|---|--|---|--|---|
| 1 | No contar con las normativas institucionales aprobadas. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | Reuniones de apoyo con presidencia para el seguimiento de las normas institucionales. Elaboración de propuesta de Lineamientos para la elaboración de documentos normativos del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral. Asesorías a las diferentes unidades organizativas del ISRI, así como gerencias y | Revisión de documentos: 1) Guía para la conceptualización y control de información técnica-estadística generada en los distintos procesos productivos de la UOT. 2) Revisión de Reglamento de Junta Directiva del ISRI. 3) Revisión de funciones y objetivos del comité administrativo del ISRI. 4) Revisión de | 1) Reuniones de apoyo y asesoría a las diferentes unidades organizativas del ISRI. 2) Revisión de propuesta de creación de la Unidad Ambiental del ISRI. 3) Revisión de Manual de Protocolo de la Unidad de Comunicaciones del ISRI. 4) Revisión del Manual de Procedimientos de la Unidad de | En proceso |

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|----------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 47 de 62 |

| Nº | Riesgo identificado por Regulación | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|------------------------------------|--|---|--|---|---|
| | | | <p>presidencia del ISRI. Reunión con Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación, así como con Gerencia Administrativa. Seguimiento de propuesta de Normas Técnicas de Control Interno del ISRI.</p> | <p>documento Programa de Rehabilitación, terapia intensiva para usuarios con discapacidad debido a lesión de la neurona motora superior, servicio de terapia física. 5) Revisión de Reglamento de Comité Técnico Consultivo del ISRI. 6) Revisión de guía para la atención en clínica de evaluación médica técnica de los productos fabricados en taller de aparatos ortopédicos de las personas con discapacidad. 7) Organigrama y documento de Proyectos de Extensión. 8) Propuesta de Creación de la unidad de Gestión Documental y Archivos. Política de funcionamiento de la unidad de Gestión Documental y Archivos. 9) Reglamento del Comité Administrativo del ISRI. 10) Pasos metodológicos</p> | <p>Comunicaciones. 5) Revisión de Manual de procedimientos de la Unidad de Gestión Documental y Archivos. 6) Programa de atención afección de la neurona motora superior CRINA. 7) Manual de procedimientos de Enfermería del Sara Zaldivar</p> | |

| Nº | Riesgo identificado por Regulación | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|------------------------------------|--|---------------------------------|---|--|---|
| | | | | para la realización de un diagnóstico de Género. 11) Propuesta de Creación de la unidad de Género del ISRI. 12) Normativa del área del Almacén ISRI. 13) Reglamento del área de Vigilancia ISRI. 14) Programa educativo y motivacional para usuarios y usuarias en condición de internamiento en Unidad de Lesionados Medulares. 15) Lineamientos para la elaboración mensual de distribución de turnos del personal de enfermería de la Unidad de Lesionados Medulares y Consulta Externa del CAL. 16) Manual de recomendaciones y actividades para evitar el síndrome del cuidador. 17) (Capacitación) Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. | | |

| Nº | Riesgo identificado por Regulación | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|------------------------------------|--|---------------------------------|--|--|---|
| | | | | <p>18) Reglamento del área de vigilancia del Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas".</p> <p>19) Manual de procedimientos de la Unidad de Acceso a la Información Pública.</p> <p>Reunión con Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación, así como con Gerencia Administrativa, cómo seguimiento a las propuestas de las áreas de su competencia.</p> <p>Seguimiento de propuestas a las normativas en proceso tanto del área técnica como administrativa del ISRI y centros de atención.</p> | | |

Departamento de Recursos Humanos

| Nº | Riesgo identificado por Recursos Humanos | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|---|---|---|--|---|
| 1 | No poder ingresar al sistema SIRHI, para elaborar planillas. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | Solicitar requerimiento al Ministerio de Hacienda. | Se solicitó. | Actualización de datos | Controlado |
| 2 | Contar con equipo informático obsoleto. | | Gestionar la compra de equipo informático con Gerencia. | Se realizó la adquisición de una computadora. | Se solicitó. | En proceso |
| 3 | Desperfectos del sistema de marcación para los empleados (Type Plus). | | Gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo. | Se solicitó. | Ningún desperfecto | Controlado |
| 4 | No contar con un sistema y equipo informático para la digitalización de expedientes de los empleados. | | Gestionar la compra del equipo con Gerencia. | Solicitud de compra de equipo y de sistema informático. | En proceso | En proceso |

Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)

| Nº | Riesgo identificado por la UACI | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|--|---|---|---|
| 1 | Seguimiento oportuno a órdenes de compra y contratos generados de los diferentes procesos de compra. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines | Contratación de personal para fortalecer los procesos de ejecución de las órdenes de compra y contratos, devolución de | De enero a abril 2017, no se contó con recurso humano para realizar las actividades de seguimiento de órdenes de compra y | Se remitió memorándum UACI 0586/2017 y 0727/2017 de fechas 07 de septiembre y 15 de noviembre 2017, respectivamente, a Dr González, | No controlado |

| Nº | Riesgo identificado por la UACI | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|---|--|--|---|
| | | institucionales. | garantías, contacto con los administradores de contrato y órdenes de compra, realizar procesos de imposición de multas por incumplimientos, así como el ingreso de contratos y elaboración de solicitudes de pedido en COMPRASAL. | contratos. Asignando un recurso a partir del 02 de mayo de 2017, por 1 hora con 30 minutos diarios; tiempo que no es suficiente para la cantidad de trabajo a realizar. Esta situación no permite mantener al día todo lo referente a los seguimientos de los contratos y órdenes de compra. | mediante los cuales se solicita reforzar la UACI con recurso adicional, no obteniendo respuesta a la fecha. Actualmente las actividades de seguimiento están siendo ejecutadas por Sra. Guadalupe Romero de García, (secretaria de la UACI), quien también tiene bajo su responsabilidad el archivo de la UACI y debido al incremento de trabajo de fin de año, se priorizó la realización de las actividades de seguimiento, dejando el archivo para otro tiempo. | |
| 2 | Insuficiente espacio físico para el resguardo de documentos generados en los procesos de compra. | | Resguardo de los documentos existentes, aplicando lo establecido en LACAP. Atender instrucciones del Oficial de Información, para la depuración de documentos. | Se envió correo electrónico el 28 de febrero de 2017 a Licda. Marilú de Herrera Oficial de Gestión Documental y Archivos del ISRI, adjuntando listado de documentos a eliminar (41 páginas.). Se contó con dos estudiantes del INARCE, quienes trabajaron en el archivo físico, revisando expedientes de | Debido a la necesidad de realizar las actividades de seguimiento, a partir del 03 de noviembre Sra. Guadalupe Romero de García, (secretaria de la UACI), se le asignó las actividades de seguimiento, dejando el archivo para otro tiempo. Es importante mencionar que Sra. de García tiene bajo su responsabilidad el archivo de la UACI. La situación expuesta no permite | No controlado |

| Nº | Riesgo identificado por la UACI | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---------------------------------|--|---------------------------------|---|--|---|
| | | | | <p>acuerdo a instrucciones dadas por Licda. de Herrera.</p> <p>En fecha 15 de marzo de 2017, se envía correo electrónico, a Licda. de Herrera, en el cual se adjunta nuevamente el listado de documentos a eliminar con observaciones superadas, las cuales fueron realizadas por ella.</p> <p>El día 29 de mayo de 2017 se reunió el Comité Institucional de Selección y Eliminación del ISRI, para revisión de documentos a depurar.</p> <p>Elaborando acta de eliminación de documentos, de la UACI.</p> <p>Actualmente se están destruyendo los documentos seleccionados.</p> | continuar con la depuración y ordenamiento del archivo de la UACI. | |

Unidad Financiera Institucional (UFI)

| Nº | Riesgo identificado por la UFI | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Incremento del margen de "error humano" por obsolescencia de aplicativos. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | Gestionar creación de aplicativos que sustituyan los procesos manuales de elaboración de recibos y control de ingresos, así como de emisión de Quedan y Comprobantes de Retención que actualmente se hacen manualmente. | Se ha dado seguimiento con el área de Informática y presentaron un primer avance del programa. | En el mes de diciembre han presentado el proyecto final de elaboración de quedan y comprobantes de retención, aún no se realizan pruebas se implementará en 2018. | En proceso |
| 2 | Incumplimiento de cierres contables. | | Conciliaciones oportunas de saldos de los diferentes rubros. | Los meses de enero y febrero tuvieron dificultad por el tema de no aprobación del presupuesto, lo cual no es imputable al ISRI. Los meses de marzo, abril y mayo se ha realizado el cierre en el tiempo oportuno. | Los saldos han sido conciliados oportunamente durante los meses de julio a noviembre, diciembre se encuentra aún en ejecución | En proceso |
| 3 | Errores y omisiones en los registros efectuados. | | Verificación detallada de documentación. | Todos los meses se realizan las revisiones del cierre y los ajustes se realizan en el mes siguiente. | Todos los meses se realizan las revisiones del cierre y los ajustes se realizan en el mes siguiente. | Controlado |
| 4 | Extravió documentación respaldo. | | Resguardo y controles adecuados de documentación. | En este periodo no se ha tenido problemas de extravió de documentación. | En algún momento en el área de Tesorería ha habido dificultad con algunos documentos, pero no ha sido ni constante ni un problema solventar el extravió. | En proceso |

| Nº | Riesgo identificado por la UFI | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|---|--|---|---|
| 5 | Acomodamiento o inconformidad del personal administrativo por falta de rotación periódica dentro de la Unidad. | | Gestionar ante presidencia la rotación del personal dentro de la UFI según sus habilidades y destrezas. | En el periodo se nos disminuyó un recurso en la Unidad, lo cual actualmente detuvo el tema de rotación porque el personal ha tenido que absorber actividades que realizaba el elemento sustraído, y se podrá retomar el tema hasta tener de nuevo al equipo completo. | En el periodo se nos disminuyó un recurso en la Unidad, lo cual actualmente detuvo el tema de rotación porque el personal ha tenido que absorber actividades que realizaba el elemento sustraído, y se podrá retomar el tema hasta tener de nuevo al equipo completo. | En proceso |
| 6 | Insuficiencia en la capacitación y motivación al personal del área ante una sobrecarga de trabajo. | | 1. Tramitar interna y externamente capacitaciones para formación de personal. 2. Tramitar interna y externamente charlas motivacionales para mejorar salud mental de personal. | Se ha solicitado tanto a Gerencia como a Presidencia la gestión de capacitaciones y jornadas de salud mental, y se nos ha incluido en algunos espacios dedicados a capacitación, y temas sobre salud mental. Se ha solicitado tanto a Gerencia como a Presidencia la gestión de capacitaciones y jornadas de salud mental, y se nos ha incluido en algunos espacios dedicados a capacitación, y temas sobre salud mental. | Se ha solicitado tanto a Gerencia como a Presidencia la gestión de capacitaciones y jornadas de salud mental, y se nos ha incluido en algunos espacios dedicados a capacitación, y temas sobre salud mental. | En proceso |

Unidad de Estadística de Rehabilitación y Epidemiología

| Nº | Riesgo identificado por Estadística y Epidemiología | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|---|--|--|--|---|
| 1 | Falla en envío o recepción de información estadística. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | Solicitud mensual de información a cada centro. | Recordatorios periódicos a los centros de atención | Recordatorios periódicos a los centros de atención | Controlado |
| 2 | Falta de informe estadístico para autoridades. | | Revisión periódica de los sistemas estadísticos. | Revisión de datos enviados por los centros de atención | Revisión de datos enviados por los centros de atención | Controlado |

Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)

| Nº | Riesgo identificado por la UAIP | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Falta de espacio en el área del Archivo Institucional. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | Realizar actividades de reorganización y calendarizar las remisiones de información con los encargados de las áreas. | Ninguna. | Ninguna | Sin seguimiento |
| 2 | Pérdida de información indispensable para el desarrollo de las actividades que realizan los usuarios a través de los equipos informáticos que accedan a la red | | Establecer los medios para la protección de la información local de las computadoras que ingresan a la red institucional. | a) Política de contraseñas, para que cada usuario de la red local ingrese con su contraseña personal y que ésta caduque cada cierto tiempo. b) Contratación de servicio de Firewall para controlar el ingreso de los usuarios que tienen acceso a internet y | a) Comprobación con la Política de contraseñas, para que cada usuario de la red local ingrese con su contraseña personal y que ésta caduque cada cierto tiempo. b) Contratación de Servicio de Firewall para controlar el ingreso de los usuarios que tienen acceso a internet y correo electrónico, evitando el mal uso | En proceso |

| Nº | Riesgo identificado por la UAIP | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|---|---|---|---|
| | institucional. | | | correo electrónico, evitando el mal uso de este servicio. c) Programa antivirus actualizado en los servidores y las computadoras que accedan a la red local, para la protección de la información de amenazas de virus informáticos. | de este servicio. c) Programa antivirus actualizado en la consola del servidor, de computadoras que accedan a la red local, para protección de la información de amenazas de virus informáticos. | |
| 3 | Retraso en la entrega de solicitudes de información. | | Seguimiento exhaustivo de los tiempos y plazos para recabar y difundir la información que las personas solicitan a través de esta Unidad, con fin de evitar la posibilidad de sanciones por parte del Instituto de Acceso a la Información Pública. | Ninguna. | Ninguna | Sin seguimiento |

Unidad de Control de Bienes Institucional (UCBI)

| Nº | Riesgo identificado por la UCBI | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|---|--|--|--|---|
| 1 | Dificultad para el cumplimiento del trabajo de campo por asignación de otras funciones al personal técnico de la Unidad. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales. | Solicitar a Gerencia que el recurso se devuelto a la Unidad. | Se envió memo a Gerencia solicitando el recurso. | Se informó a presidencia, quien manifestó que lo asignarán a la Unidad de medio ambiental. | En proceso |
| 2 | Inoportunidad en el envío de informes de parte de las dependencias. | | Informar a Gerencia. | Se informa a Gerencia los incumplimientos para las acciones correctivas. | Se informó a gerencia los últimos incumplimientos | No controlado |
| 3 | Obsolescencia del 80 % del mobiliario y equipo en general. | | Solicitar proyecto de equipamiento. | El problema persiste la flotilla de equipo es obsoleto. | El problema persiste la flotilla de equipo es obsoleto | No controlado |
| 4 | Empresas de seguros no ofertan servicios. | | Informar a Gerencia. | El problema persiste la flotilla de equipo es obsoleto | No nos concedió prorroga la empresa MAPFRE, | No controlado |

Unidad de Proyectos de Extensión y Cooperación

| Nº | Riesgo identificado por Proyectos | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|--|---|--|--|
| 1 | Fallas en entrega de ayudas técnicas a usuarios en jornadas. | 6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines | Coordinación con representantes de cooperante para mantener logística. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comparación de actas de donación con el donativo recibido. ▪ Socialización de programación de jornadas por | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación es directas con la jefe de la delegación de JAF. ▪ ISRI asumió ingreso de ambos contenedores. ▪ Reuniones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visión asistencialista de parte del donante hacia la población beneficiada ▪ Sin acuerdo previo fue notificado al ISRI que el |

| Nº | Riesgo identificado por Proyectos | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--------------------------------------|--|---|---|--|--|
| | | institucionales ⁶ . Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales | | <ul style="list-style-type: none"> instituciones con jefe de la delegación. ▪ Entrega de la copia del acta de recepción del donativo firmada y sellada por presidencia y guarda almacén. ▪ Orientaciones claras para todos los beneficiarios al inicio de cada jornada. ▪ Al final de la jornada se entregó un pre informe a la jefe de la delegación de JAF. | <ul style="list-style-type: none"> previas con la jefe de la delegación y autoridades del ISRI para establecer lineamientos claros, sobre diversas situaciones acontecidas en jornadas anteriores ▪ Al final de la jornada se entregó un pre informe a la delegación de JAF. | <ul style="list-style-type: none"> ingreso de los contenedores lo realizarían los voluntarios de JAF. ▪ Falta de bodegas para el resguardo de sillas. ▪ Solo se cuenta con un recurso en la unidad. |
| 2 | Falta de respaldo de la información. | | Registro de datos desde la recepción de donación y al finalizar la jornada. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reorganización del proceso de donación con terapistas de El Salvador y Norteamericanos para evitar el extravío de fichas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo de algunos voluntarios para mantener el orden del proceso de donación y evitar la pérdida de fichas. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carencia de una plataforma o sistema virtual que registre la donación realizada en los tres talleres y que se alimente diariamente |
| 3 | Perdida de sillas de ruedas. | | Control interno de registros de entrada y salidas de silla por póliza. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Al finalizar las jornadas se entrega de sillas y materiales restantes a cada taller mediante acta de recepción. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Al finalizar las jornadas se entrega de sillas y materiales restantes a cada taller mediante acta de recepción. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unificar registro de control de entradas y salidas de sillas de rueda en cada taller. ▪ Ausencia de reportes mensuales de cada taller sobre la donación de |

| Nº | Riesgo identificado por Proyectos | Objetivo institucional afectado por el riesgo identificado | Actividad de control programada | Actividad de control realizada de enero a mayo 2017 | Actividad de control realizada de junio a diciembre 2017 | Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento) |
|----|--|--|---|---|---|--|
| | | | | | | sillas entregadas. |
| 4 | Fallas coordinación comunitaria interinstitucional | | Gestionar con autoridades aumento de tiempo del recurso humano en centro comunitario. | <ul style="list-style-type: none"> Gestión a través de presidencia la autorización de permisos respectivos al personal que trabaja en los talleres para el desarrollo de jornadas específicas. | <ul style="list-style-type: none"> Gestión a través de presidencia la autorización de permisos respectivos al personal que trabaja en los talleres para el desarrollo de jornadas específicas. A partir del mes de noviembre se cuenta con un recurso en la Unidad. | <ul style="list-style-type: none"> Falta de recurso humano para cubrir las atenciones del personal que trabaja en el taller. Tanto en las jornadas como en el periodo regular de trabajo. Falta de compromiso de algunos directores para el apoyo permanente a los talleres de ayudas técnicas con la autorización del personal capacitado. |
| 5 | Falta de apoyo internacional. | | Gestionar ayuda a Ministerio de RREE. | <ul style="list-style-type: none"> Ampliar la cantidad de cooperantes que proveen donación de sillas de rueda y ayudas técnicas | <ul style="list-style-type: none"> Firma de nuevo asocio con Visión Mundial para la donación de sillas de ruedas. | <ul style="list-style-type: none"> Falta de identificación de cooperante que provean la donación de sillas de rueda y ayudas técnicas. Las agencias cooperantes desconocen la importancia de la aplicación de los ocho pasos establecido por la OMS para la donación de sillas de ruedas. |

Conclusiones

1. La matriz utilizada para el seguimiento de los riesgos facilitó que las unidades organizativas completaran lo solicitado en concordancia con lo programado.
2. Las 22 unidades organizativas que identificaron riesgos dieron seguimiento mediante actividades de control y respondieron oportunamente con lo solicitado.
3. El total de riesgos identificados fue 71 de los cuales 30 (42 %) fueron de los centros de atención (incluyendo la Consulta Externa) y 41 (58 %) atañeron a la Administración Superior, con un promedio de tres riesgos identificados por unidad organizativa.
4. Se observó que ninguna unidad organizativa identificó algún riesgo que afectara adversamente el logro del objetivo institucional 5: Promover la equiparación de oportunidades para la plena inclusión social y laboral de las personas con discapacidad.
5. Si bien la UAIP identificó un riesgo relacionado con la pérdida de información, ninguna unidad organizativa identificó riesgos relacionados con la posible pérdida de activos, uso no autorizado de bienes, elaboración de reportes falsos, así tampoco se consideraron cambios en la administración que afecten la continuidad de procesos o proyectos.
6. Se observó una mejoría significativa en el control de riesgos, dado que en mayo éstos sumaban nueve y para diciembre ascendieron a 22, lo que representó un incremento de 144 % en relación a mayo.
7. De los 23 riesgos clasificados como intolerables, cuatro (17 %) fueron controlados, 11 (48 %) se encontraron en proceso y en ocho (35 %) las actividades de control no fueron efectivas, por lo que el riesgo persiste.
8. Para cada riesgo identificado, las diferentes unidades organizativas describieron una o más actividades de control, observándose que, en algunos casos, estas

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|------------------------|-----------------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 61 de 62 |

actividades fueron ampliamente detalladas, en cambio, en otros casos su descripción fue muy breve.

9. Se observó que las actividades realizadas, no siempre tuvieron relación con las actividades de control programadas.

| Elaborado por | Fecha de actualización | Página |
|--|-------------------------------|-----------------|
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | Enero 2018 | 62 de 62 |