

Código: EV-FT-16

Versión: 03

ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA

VIGENCIA: 2017

FECHA DE PUBLICACION: 16 DE ENERO DE 2018

SEGUIMIENTO 3 OCI

FECHA DE SEGUIMIENTO		9 AL 15 DE ENERO DE 2018		
Componente	Actividades Programadas	Actividades Cumplidas	% de Avance	Observaciones
GESTION DE RIESGOS DE CORRUPCION	Ver mapa de Riesgos del Plan Anticorrupción	Ver mapa de Riesgos del Plan Anticorrupción	64%	
RACIONALIZACION DE TRÁMITES	No exigir al usuario fotocopia del documento de identificación y carnet de la EPS, se debe consultar las bases de datos suministradas por las entidades.	Se está cumpliendo la actividad programada	100%	
	Link en la página web de la entidad para la recepción de PQRS	En la actualización realizada a la página web se encuentra funcionando el link de contactenos, en donde el usuario puede colocar sus Peticiones, quejas, reclamos y/o sugerencias.	100%	
	Recepción de Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias por correo electrónico	Se reciben quejas por el correo institucional hospital@hospitalsanroque.gov.co, atencionalusuario@hospitalsanroque.gov.co y los depositados en los buzones de la entidad.	100%	
	Solicitud de citas médicas por teléfono e internet	Las citas médica se pueden solicitar a los telefonos 2673283 y 2670520 ext 111	50%	Aún no se ha implementado las citas médicas por internet
	Se implementará la intranet para aplicar la política de cero papel	Se actualizó el hosting de correos electrónicos y la intranet, igualmente se está utilizando como medio de difusión el wasaph.	80%	
	Se especificará en la contratación con las EPS la reducción de soportes en la presentación de las cuentas, para contribuir con la disminución de la estrategia cero papel.	La única EPS Emssanar con la cual tenemos contrato por capitación se presentan facturas de venta, eliminándose los soportes en papel de historia clínica y demás anexos.	50%	En la nueva contratación se solicita la presentación de los soportes escaneados, para contribuir con el ahorro de papel y por ende del medio ambiente.
	Continuar con el procedimiento establecido para informar inmediatamente a la Administradora de Riesgos Laborales, cuando ocurra un accidente de trabajo	Se continua el procedimiento realizado por el encargado de Salud Ocupacional de la entidad de informar inmediatamente a la ARL colmena, cuando ocurre un accidente laboral.	100%	
	Para evitar la radicación de oficios físicos y así contribuir en la política de cero papel, se adoptará como medio de comunicación oficial interna los correos institucionales y la intranet Intrafile	Con la actualización de correos institucionales y la intranet, se ha disminuido la utilización de cero papel para enviar y recibir la comunicación interna	80%	
	Eliminación de solicitud de certificados fiscales, penales y de policía para la contratación, los cuales son obligación verificarlos en línea por la entidad contratante.	Aún en la institución no se ha dejado de solicitar los certificados fiscales, penales y de policía a los contratistas.	0%	
	Publicar en la página web los acontecimientos, proyectos, cambios en la plataforma estratégica y todas las exigencias de la Ley 1712 de 2014, a fin de mantener informada permanentemente a la comunidad Pradereña.	Aún no se ha cumplido con el 100% de la actualización de los items requeridos por la Ley 1712 de 2014, para mantener informada a la comunidad y reflejar la modernización de la administración pública en temas de transparencia y comunicación pública.	70%	

Código: EV-FT-16

Versión: 03

ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA

VIGENCIA: 2017

FECHA DE PUBLICACION: 16 DE ENERO DE 2018

SEGUIMIENTO 3 OCI
FECHA DE SEGUIMIENTO
9 AL 15 DE ENERO DE 2018

Componente	Actividades Programadas	Actividades Cumplidas	% de Avance	Observaciones
RACIONALIZACION DE TRÁMITES	Los funcionarios responsables del proceso de facturación son los que recaudan los recursos de la prestación de los Servicios de Salud al Usuario. Para atenciones de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, el usuario no paga ningún tipo de emolumento por ningún servicio o medicamento o examen de	Se continua facturando y recaudando en un mismo sitio para evitar el desplazamiento del usuario por varios procesos.	100%	
PORCENTAJE TOTAL AVANCE RACIONALIZACION DE TRÁMITES			75%	
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO	La oficina de atención al usuario debe proveer información veraz y oportuna de forma presencial, vía telefónica a través de los teléfonos 2674444 y 2673283 extensión 100 y de manera virtual al correo electrónico atencionalusuario@hospitalsanroque.gov.co	Se continua brindando oportuna información al usuario por la funcionaria encargada de realizar la encuesta.	100%	
	Crear relaciones de respeto y mejorar la imagen institucional ante el ciudadano.	Se ha logrado mejorar la imagen institucional con la implementación de la demanda inducida intramural que realiza la funcionaria que realiza la encuesta institucional.	100%	
	Atender las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y consultas que los ciudadanos realicen a través del correo electrónico atencionalusuario@hospitalsanroque.gov.co . Este proceso estará a cargo del Sistema de Información y atención al Usuario SIAU, quien será responsable de darles el tratamiento documentado en el Procedimiento establecido.	Sólo se han recibido peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en los buzones establecidos en la entidad. Se revisa periódicamente los correos institucionales dispuestos para el usuario, pero no se evidencia utilización de éstos.	100%	
	Igualmente darle trámite a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias recibidas personalmente o detectadas en los buzones de la entidad, los cuales siempre deben ser abiertos en presencia de un Representante de la Asociación de usuarios y un delegado de la Dirección Local de Salud y dando la respuesta en los términos establecidos en el procedimiento GIC-PR-10 "PROCEDIMIENTO MANEJO DE QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES"	Se continua dando la aplicabilidad al procedimiento GIC-PR-10 "Procedimiento manejo de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones".	100%	
	Dar cumplimiento a la Ley 1755 de 2015 de acuerdo a Los terminos establecidos en la Ley citada.	La entidad contestó oportunamente diez (10) derechos de petición, evidenciados en el registro GE-FT-04 "Seguimiento a casos legales", dando cumplimiento a la Ley 1755 de 2015	100%	
	Elaboración del Plan de Mejora de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias con el respectivo seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas.	Para este tercer trimestre no se establecieron planes de mejora por la oficina de calidad resultante de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	0%	
	Se tiene la ventanilla única para la recepción y entrega de correspondencia en horario de 7:00 a.m a 12:00 m y de 1:00 a 5:00 p.m. de lunes a jueves y los viernes en horario de 7:00 a.m a 12:00 m y de 1:00 a 4:00 p.m.	Se verifica el cumplimiento de la recepcion y entrega de correspondencia en los tiempos establecidos	100%	
	A través de la página web se pueden visualizar el portafolio de servicios que brinda la institución con sus respectivos horarios de atención. Este mismo procedimiento se fijará en las carteleras institucionales.	Se cumple con la información del portafolio de servicios a través de la página web, igualmente en cada servicio de la entidad está fijado el horario de atención a los usuarios.	100%	

Código: EV-FT-16

Versión: 03

ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA

VIGENCIA: 2017

FECHA DE PUBLICACION: 16 DE ENERO DE 2018

SEGUIMIENTO 3 OCI

FECHA DE SEGUIMIENTO		9 AL 15 DE ENERO DE 2018		
Componente	Actividades Programadas	Actividades Cumplidas	% de Avance	Observaciones
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO	Carnetizar a todos los funcionarios con el fin de facilitar a los usuarios en caso de ayuda o queja la identificación de los funcionarios implicados.	Aún no han carnetizado a los funcionarios que laboran en la entidad.	0%	
	Implementar acciones de educación, concientización, fortalecimiento y promoción de una nueva cultura de responsabilidad, dirigidos a la comunidad en general, específicamente en el tema de Plan de Intervenciones Colectivas.	En cumplimiento al Plan de Intervenciones Colectivas la institución realizó las respectivas acciones de educación a la comunidad	100%	
	Reactivar las filas preferenciales para las personas en situación de discapacidad, gestantes, adulto mayor y niños menores de 5 años.	Se implementó la fila preferencial, dándole aplicabilidad a la normatividad y generando un usuario satisfecho.	100%	
	Construir e implementar la Política de Protección de Datos Personales.	Aún no se evidencia la finalización de la política de Protección de datos personales.	50%	
	Establecer planes de mejora producto de la medición de las encuestas realizadas a los usuarios.	No se cumplieron los planes de mejora producto de las encuestas realizadas	0%	
PORCENTAJE TOTAL AVANCE MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO			73%	
RENDICION DE CUENTAS	Realizar manual rendición de cuentas	Aún no se evidencia la terminación del Manual de Rendición de cuentas de la entidad	50%	
	Realizar rendición de cuentas con invitación pública	Se realizó la rendición de cuentas a la comunidad el 22 de Junio de 2017	100%	
	Publicación Rendición de cuentas anual en la página web institucional	Se publicó en la página web el informe de Gestión de la vigencia 2016	100%	
PORCENTAJE TOTAL AVANCE RENDICION DE CUENTAS			83%	
MECANISMOS PARA EL ACCESO Y TRANSPARENCIA EN LA INFORMACION	Publicación en la página Web institucional según lo promulgado en la Ley 1712: <ul style="list-style-type: none"> • Estructura orgánica • Portafolio de servicios con sus respectivos horarios de atención • Ejecuciones presupuestales • Estados Financieros • Directorio de los empleados de planta y contratistas • Normatividad reglamentaria • Políticas de Operación • Auditorías realizadas • Planes de Adquisiciones • Contratación realizada por la entidad y redireccionada al SECOP • Publicación del Plan Anticorrupción y atención al ciudadano con sus respectivos seguimientos. • Informes de Gestión • Informe de las Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias PQRS • Registro de Activos de información 	Aún persiste por actualizar los siguientes items de la Ley 1712: <ul style="list-style-type: none"> • Directorio de los empleados de planta y contratistas • Normatividad reglamentaria • Políticas de Operación • Auditorías realizadas • Registro de Activos de información 	64%	

Código: EV-FT-16

Versión: 03

ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA

VIGENCIA: 2017

FECHA DE PUBLICACION: 16 DE ENERO DE 2018

SEGUIMIENTO 3 OCI				
FECHA DE SEGUIMIENTO		9 AL 15 DE ENERO DE 2018		
Componente	Actividades Programadas	Actividades Cumplidas	% de Avance	Observaciones
MECANISMOS PARA EL ACCESO Y TRANSPARENCIA EN LA INFORMACION	Crear relaciones de respeto y fortalecer siempre la imagen institucional ante el ciudadano.	Se ha logrado mejorar la imagen institucional con la implementación de la demanda inducida intramural que realiza la funcionaria que realiza la encuesta institucional.	100%	
	Elaboración de plan de mejoramiento con base en las propuestas, quejas, reclamos y expectativas planteadas por la ciudadanía en la rendición de cuentas.	Se realizó verificación al seguimiento del plan de mejora de la rendición de cuentas de la vigencia 2016.	75%	
	Formulario electrónico para que la Comunidad o Usuarios formulen sus necesidades de información	No se ha implementando el formulario electrónico para que los usuarios formulen sus necesidades de información	0%	
PORCENTAJE TOTAL AVANCE MECANISMOS PARA EL ACCESO Y TRANSPARENCIA EN LA INFORMACION			46%	
INICIATIVAS INICIALES	Se ajustará el Código de Ética y Buen Gobierno, con definición de estrategias permanentes de socialización a los Colaboradores.	Aún no se ha socializado a los funcionarios la actualización del Código de Ética y Buen Gobierno	50%	
	Se debe elaborar el Manual de Convivencia para los Colaboradores de la Organización	No se ha realizado el Manual de Convivencia de la entidad.	0%	
	Actualizar el Reglamento Interno de la entidad	Mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 018 del 3 de noviembre de 2017 se aprobó la actualización del Reglamento Interno de la entidad.	100%	
PORCENTAJE TOTAL AVANCE INICIATIVAS INICIALES			50%	
TOTAL AVANCE DEL PLAN ANTICORRUPCION			65%	

CONVENCIONES:
% DE AVANCE

0 - 59%

60 - 79%

80 - 100%





TERCER SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS PLAN ANTICORRUPCION AÑO 2017

Fecha de Aprobación: Abril de 2013

Fecha de Modificación: Marzo de 2016

Código: GE-PL-22

Versión: 002

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION											MONITOREO Y REVISION						
			ANALISIS DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO												
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL			Fecha	Indicador	% Avance de las acciones				
Probabilidad			Impacto	Zona de Riesgo	Probabilidad			Impacto	Nueva zona de Riesgo	Periodo de Ejecucion	Responsable	Acciones								
GESTION ESTRATEGICA	Concentración de Autoridad	No hay una definición clara de los niveles de autoridad y de responsabilidades conforme a las funciones y competencias de los cargos.	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	Cumplimiento del Manual de Funciones	PREVENTIVO	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	22/03/2017	Líder de Gestión Humana	Efectuar inducción y/o capacitación a los Directivos de la entidad en cuanto a las actividades incluidas en el manual de funciones	09/01/2018	Se verifica que aún no se ha socializado el Manual de funciones, sólo está publicado en la página web institucional y en la comisión Nacional del Servicio Civil	0%
	Incumplimientos legales	No se Formuló el Plan de Desarrollo, Ni el Plan Operativo Anual	2	IMPROBABLE	20	CATASTROFICO	ALTA	Acuerdo aprobación Plan de Desarrollo	PREVENTIVO	2	IMPROBABLE	5	MODERADO	BAJA	10/01/2017	Gerente Líderes de Proceso	Realizar y presentar ante la Junta Directiva el Plan de Desarrollo 2017-2020	09-01-2018	En el seguimiento realizado en enero de 2017, se cumplió con la formulación del Plan de Desarrollo y el Plan de acción para la vigencia 2017	100%
	Vencimiento de términos en tutelas o procesos jurídicos en contra de la ESE	Favorecimiento de los terminos en las tutelas o procesos jurídicos en contra de la ESE, para favorecer a terceros o para obtención de beneficio propio.	1	RARA VEZ	20	CATASTROFICO	MODERADA	Radicación y verificación de los terminos	PREVENTIVO	1	RARA VEZ	10	MAYOR	BAJA	Inmediato	Asesor Jurídico	Implementar Registro radicator de tutelas, acciones populares y derechos de petición	09-01-2018	Para este cuatrimestre la entidad contestó oportunamente cinco (5) tutelas y diez (10) derechos de petición, evidenciados en el registro GE-FT-04 "Seguimiento a casos legales"	100%
	Celebración de Contratos sin el lleno de requisitos o que no se ajusten a las necesidades de la Entidad.	No tener en cuenta la normatividad y las cuantías vigentes para contratación. Deficiencia en el desarrollo de los procedimientos. Falta de Controles.	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Listado de verificación de los requisitos normativos	PREVENTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Cada que se celebren contratos	Asesor Jurídico Líder Proceso de Contratación	*Revisión de los Estudios Previos y/o pliego de condiciones frente al contenido del contrato. *Actualización normativa en materia contractual	03/10/2017 02/11/2017 03/01/2018	Se revisaron 89 contratos y se evidenció que todos cumplen con los estudios previos para llevar a cabo la obligación contractual. Se empezó a actualizar el Manual de Contratación de acuerdo a la normatividad vigente.	75%
	Decisiones erróneas al aprobar Estudios y documentos previos o de factibilidad para la adquisición de un bien o servicio,	Tardía programación y/o elaboración de los estudios previos para el inicio los procesos Falta de competencia e idoneidad de las personas que realizan y participan en el proceso de selección Deficiencia en el análisis técnico economico, que soporta el valor estimado del contrato Inadecuada fundamentación jurídica	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	Verificación y aprobación por parte del comité de Contratación de los documentos y estudios previos para iniciar proceso de selección	PREVENTIVO	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	Cada que se celebren contratos	Asesor Jurídico Lider Proceso Contratación	Fortalecimiento de la Planeación de la contratación Adecuada estructuración de los documentos y estudios previos. Definir Perfiles y competencias de los profesionales involucrados en el Comité de contratación	03/10/2017 02/11/2017 03/01/2018	Se verifica y se evidencia el fortalecimiento del proceso de planeación con el cumplimiento de estudios previos a los 89 contratos generados en el tercer cuatrimestre del año 2017	100%



TERCER SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS PLAN ANTICORRUPCION AÑO 2017

Fecha de Aprobación: Abril de 2013

Fecha de Modificación: Marzo de 2016

Código: GE-PL-22

Versión: 002

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION										MONITOREO Y REVISION							
			ANALISIS DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO													
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL			Fecha	Indicador	% Avance de las acciones				
INTERNA Debido a...		Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Probabilidad			Impacto	Nueva zona de Riesgo	Periodo de Ejecucion	Responsable	Acciones								
GESTION ESTRATEGICA	Contratar con compañías de papel, especialmente creadas para participar en procesos específicos que no cuentan con la experiencia necesaria, pero si con capacidad financiera.	Debilidad en la Verificación de requisitos exigidos al momento de efectuar las evaluaciones de las propuestas	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Revisión detallada por parte del área competente, de la documentación aportada por los proponentes	PREVENTIVO	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	Cada que se celebren contratos	Asesor Jurídico Lider Proceso Contratación	Establecer y documentar puntos de control para evaluación de propuestas y suscripción de los contratos	09/01/2018	Para el tercer cuatrimestre de 2017, sólo se realizaron dos (2) contratos con persona jurídica, uno para capacitación de la Atención Primaria en Salud y Promoción del parto seguro humanizado	100%
	Falencias en el seguimiento a la ejecución del contrato	Exceso de carga laboral de los supervisores. Falta de idoneidad del personal a cargo de la supervisión del contrato. Exceso de rotación de personal contratista que ejerce supervisión	4	PROBABLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Lista de chequeo Evidencias de la supervisión (Actas de supervisión, informes, etc.) Dar cumplimiento al Manual de Supervisión y/o interventoría	PREVENTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	23/03/2017	Jefe Oficina Asesora Jurídica. Lider Proceso Contratación Supervisor y/o interventor	Diseñar procedimiento de designación de supervisores, sus términos, su notificación y la entrega completa de documentos para ejercer la supervisión. Programar y Realizar capacitaciones en temas relacionados con la supervisión	10/01/2018	Se ha actualizó el Manual de Supervisión e interventoría a la contratación.	100%
GESTION DE CALIDAD	Deficiencias en el manejo documental y de archivos del SGC	Discrepancias en los documentos contenidos en listado maestro de documentos y registros con el archivo físico del SGC	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Verificación trimestral del estado del listado maestro de documentos y Registros	PREVENTIVO	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	Cada trimestre	Lider SGC Lideres de proceso	Actualización y revisión del listado Maestro de documentos y registros	10/01/2018	El coordinador de Calidad revisó todos los procesos asistenciales y retiró de los servicios los documentos que estaban obsoletos. Aún está revisando los procesos de apoyo y estratégicos.	85%
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (URGENCIAS)	Accidentes Laborales	Falta de elementos de protección de Bioseguridad	4	PROBABLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Lista de chequeo uso elementos de Protección Verificación de stock de elementos de protección	CORRECTIVO	4	PROBABLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Semanal	Lider de Salud Ocupacional	Revisión dos veces por semana del uso de los elementos de protección personal	10/01/2018	Persite elementos de protección personal en mal estado y a otros funcionarios asistenciales les falta estos elementos.	0%
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (HOSPITALIZACION)	Estancias de Hospitalización mayores a lo permitido por la ley	No hay seguimiento por parte del coordinador Médico o Jefe de Enfermería	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	Verificación del seguimiento a los medicos por el respectivo coordinador de Hospitalización	PREVENTIVO	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	Trimestral	Coordinador Médico Enfermera	Mediante listas de chequeo verificar la pertinencia de las evoluciones realizadas por los médicos.	10/01/2018	Aún no existe lista de chequeo que evidencie el seguimiento que realiza Enfermera Jefe encargada del área de hospitalización, la cual confronta con el kardex la adecuada pertinencia de las evoluciones médicas y revisadas por la coordinadora médica.	50%



TERCER SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS PLAN ANTICORRUPCION AÑO 2017

Fecha de Aprobación: Abril de 2013

Fecha de Modificación: Marzo de 2016

Código: GE-PL-22

Versión: 002

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION										MONITOREO Y REVISION							
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA	RIESGO INHERENTE					CONTROLES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL				ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL			Fecha	Indicador	% Avance de las acciones	
		INTERNA Debido a...	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Probabilidad	Impacto			Nueva zona de Riesgo	Periodo de Ejecucion	Responsable	Acciones							
GESTION DE LA INFORMACIÓN	Filtración inadecuada de información de la entidad.	Ausencia de protocolos de Custodia de la información confidencial de la Institución.	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	PREVENTIVO	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	20/04/2017	Líder de cada Proceso	Actualizar procedimiento de comunicación interna y externa, donde se establezca el portavoz de comunicaciones a las diferentes instancias. Diseñar políticas claras y objetivas de comunicación.	11/01/2018	A pesar de la reactivación del Comité Interno de Archivo, aun no se ha actualizado el procedimiento de comunicación interna y externa.	0%	
	Acumulación excesiva de documentos en las oficinas	procedimientos no aplicados	5	CASI SEGURO	5	MODERADO	MODERADA	Transferir al Archivo Central los documentos en los tiempos estipulados en las tablas de Retención Documental	CORRECTIVO	4	PROBABLE	5	MODERADO	MODERADA	04/05/2017	Gerente Líderes de Procesos Líder del Proceso Gestión de la Información	Readecuar el espacio físico del Archivo Central con la infraestructura requerida. Asignar y capacitar funcionario para el manejo del Archivo Central. Recapacitar a los funcionarios encargados del manejo de los documentos para realizar la transferencia de éstos en los tiempos estipulados.	11/01/2018	Sigue sin readecuar el espacio físico del Archivo Central. Para el ultimo mes de tercer cuatrimestre, el archivo Central no tiene funcionario encargado del manejo del Archivo Central. No se ha recapacitado a los funcionarios encargados del manejo de los documentos en cada área o proceso para su adecuada transferencia al archivo central	0%
	Inadecuada aplicación de las Tablas de Retención Documental	Métodos (procedimientos no aplicados)	4	PROBABLE	5	MODERADO	MODERADA	Capacitación y seguimiento a la aplicación de las Tablas de Retención Documental	CORRECTIVO	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	15/03/2017	Líderes de Procesos Líder del Proceso Gestión de la Información	Acompañamiento permanente a todas las áreas y oficinas de la entidad en la aplicación de las Tablas de Retención Documental y en la Organización de los Archivos de Gestión	11/01/2018	Aún no se ha evidencia capacitación a los diferentes procesos en la aplicación de TRD.	0%



TERCER SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS PLAN ANTICORRUPCION AÑO 2017

Fecha de Aprobación: Abril de 2013

Fecha de Modificación: Marzo de 2016

Código: GE-PL-22

Versión: 002

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION										MONITOREO Y REVISION							
			ANALISIS DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO													
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL			Fecha	Indicador	% Avance de las acciones				
INTERNA Debido a...		Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Probabilidad			Impacto	Nueva zona de Riesgo	Periodo de Ejecucion	Responsable	Acciones								
GESTION DE LA INFORMACIÓN	Fuga de información confidencial de la entidad por parte de contratista o funcionarios	Los puertos USB de los computadores están habilitados para todos los usuarios. No existe política de cifrado de datos. No existe una cultura en la seguridad de la información que garantice que el funcionario o contratista conozca sus deberes y responsabilidades en la preservación de la confidencialidad de la información.	5	CASI SEGURO	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Acceso de información restringido según la confidencialidad de la información, manejado desde el servidor.	CORRECTIVO	5	CASI SEGURO	20	CATASTROFICO	EXTREMA	03/04/2017	Coordinador Área de Sistemas	implementar planes de sensibilización y cultura en seguridad de la información. Actualizar Código de Buen Gobierno, donde se establezcan políticas de seguridad y buen manejo de la información. Bloqueo de paginas a internet que se consideren altamente peligrosas. Desarrollar un manual de seguridad de la información.	12/01/2018	Aún no se evidencia planes o guías para implementar la cultura de seguridad de la información. Continua la verificación detallada de todos los PC's de la institución, en cuanto a las medidas de control implementadas en seguridad informática. Aún no se ha realizado el Manual de Seguridad de la información.	35%
GESTION HUMANA	Posesionar o Realizar un Encargo a un Servidor que No cumpla con los requisitos establecido en el Manual de Funciones y Competencias de la Entidad	No verificación de los requisitos establecido en el Manual de Funciones	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	Manual Especifico de Funciones y de Competencias Laborales Formato * Verificación de Requisitos	PREVENTIVO	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	30/03/2017	Líder de Gestión Humana	*Mantener actualizado el Manual de Funciones y Competencias. *Verificación de Requisitos	09/01/2018	Manual de funciones actualizado mediante Resolución No. 132 del 14 de junio de 2017.	100%
	Inadecuado manejo y Administración de las Historias Laborales	Desconocimiento de la normatividad en cuanto a la administración y manejo de las Historias Laborales.	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Lista de chequeo de documentos que reposan en las Historias Laborales con la espectiva Custodia bajo llave de las Historias Laborales	PREVENTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	30/03/2017	Líder de Gestión Humana	*Revisión Hojas de Vida Diligenciamiento Lista de Chequeo * Foliación de las Hojas de Vida * Actualización en cuanto a la Normatividad Vigente	12/01/2018	Continua adecuada custodia de las hojas de vida laboral y actualización de información requerida de acuerdo a directrices de la Comisión Nacional del Servicio Civil.	100%
	Pérdida de la información Contable.	Falta de actualización del software Contable y financiero	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Mantenimiento remoto del software contable y financiero	PREVENTIVO	2	IMPROBABLE	20	CATASTROFICO	ALTA	15/03/2017	Gerente Líderes del Grupo Financiero	Actualización del software Contable y financiero, de acuerdo a la normatividad legal vigente. Implementación de la interfase entre el software contable y financiero y el software de facturación clínica, para minimizar tiempos y riesgos en la digitación de la facturación manual.	26-10-2017 12-01-2018	Se instaló la actualización del software financiero vfp 9,0 versión Java 8,01, pero no se pudo colocar a funcionar por falta de recursos financieros para el cumplimiento total del objeto contractual.	50%



TERCER SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS PLAN ANTICORRUPCION AÑO 2017

Fecha de Aprobación: Abril de 2013

Fecha de Modificación: Marzo de 2016

Código: GE-PL-22

Versión: 002

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION											MONITOREO Y REVISION						
			ANALISIS DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO												
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL			Fecha	Indicador	% Avance de las acciones				
INTERNA Debido a...		Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Probabilidad			Impacto	Nueva zona de Riesgo	Periodo de Ejecucion	Responsable	Acciones								
GESTIÓN FINANCIERA	Aplicación de pago por transferencia a entidad o persona de manera equivocada	Alta carga laboral. Errores de digitación.	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Actualización de los movimientos de tesorería con todos los soportes en los cuales se evidencien los pagos y/o traslados realizados	PREVENTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Mensual	*Auxiliar de Presupuesto y Tesorería *Contador *Revisor Fiscal	Revisión de movimientos de tesorería por parte del Contador y Revisor Fiscal	15/01/2018	Para el tercer cuatrimestre se continua verificando la las transferencias bancarias físicas frente a los comprobantes de egreso y cuentas de cobro.	100%
	Expedición de Certificado Disponibilidad Presupuestal de diferente fuente de financiación (Destinación indebida de recursos)	Pocos controles en los documentos firmados por el ordenador del gasto. Desconocimiento de la norma por parte del funcionario responsable	1	RARO	10	MAYOR	BAJA	Revisión del origen de los recursos antes de emitir el Certificado de Disponibilidad Presupuestal	PREVENTIVO	1	RARO	10	MAYOR	BAJA	Mensual	Auxiliar de presupuesto y Revisor Fiscal	Continuar con la revisión a los rubros presupuestales antes de expedir el certificado de disponibilidad presupuestal	12/01/2018	Aún no se da estricto cumplimiento al numeral 4.2 del procedimiento de Presupuesto GF-PR-10,	95%
GESTION ADMINISTRATIVA	Inadecuada supervisión al mantenimiento de los equipos biomédicos y/o vehículos de la entidad	Designación de supervisores que no cuenten con conocimientos suficientes para desempeñar la función. Insuficiente personal para desarrollar las labores de supervisión Falta de claridad en las obligaciones a supervisar.	4	PROBABLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Personal con las competencias técnicas para la supervisión de las actividades de mantenimiento. Realizar reuniones con el personal responsable del procedimiento de mantenimiento y documentarlas en Actas.	CORRECTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Establecido en el Cronograma	Subgerente Líder de Mantenimiento	Capacitar al personal en las competencias técnicas para una adecuada supervisión al mantenimiento de los equipos biomédicos y/o vehículos. Realizar reinducción al personal encargado de la supervisión en el procedimiento de manejo hojas de vida de los equipos biomédicos y/o vehículos	17/07/2017	Se implementó la matriz en Excel con semaforización del mantenimiento programado vs lo ejecutado por cada equipo biomédico.	100%
	Sobrecostos por compra de suministros o bienes no acordes con los requerimientos y sin verificación de precios del mercado	Incumplimiento del Plan de Compras y debilidades en el proceso de seguimiento y control.	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Análisis de Precios del mercado. Evaluación de la Oferta.	CORRECTIVO	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	Cada trimestre	Comité de Compras	Evaluar de manera permanente los precios del mercado por parte del Comité de compras	15/01/2018	Para este tercer cuatrimestre se está cumpliendo parcialmente el procedimiento de compras	40%
	Deficiencias en el manejo físico y documental de los inventarios de la entidad	Ausencia de control permanente por parte del responsable de almacén. Falta de políticas y/o procedimiento para la realización de inventarios	4	PROBABLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Actualización de los inventarios físicos y en el software de la entidad.	CORRECTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Semestral	Almacenista	Retomar el formato de traslado de elementos entre dependencias. Actualizar los inventarios una vez se identifican los movimientos de elementos y/o cambios a realizar	15/01/2018	No se está utilizando por todos los procesos el Formato de traslado de elementos. Se realiza inventarios de insumos y elementos de la de la entidad.	50%



**TERCER SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS PLAN ANTICORRUPCION
AÑO 2017**

Fecha de Aprobación: Abril de 2013

Fecha de Modificación: Marzo de 2016

Código: GE-PL-22

Versión: 002

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION										MONITOREO Y REVISION							
			ANALISIS DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO													
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL			Fecha	Indicador	% Avance de las acciones				
INTERNA Debido a...		Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Probabilidad			Impacto	Nueva zona de Riesgo	Periodo de Ejecucion	Responsable	Acciones								
	Hurto en el almacenamiento de bienes en el Almacén	Desorganización o descuido por parte de los funcionarios encargados de almacenar los bienes Ingreso de personal no autorizado al almacén.	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Registro de bienes en el Kárdex. Tomas físicas de inventario	PREVENTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Permanente Semestral	Subgerencia Administrativa y Financiera Gestión Administrativa (Almacén)	Organización de los bienes del Almacén	15/01/2018	Continúa un adecuado control en la entrega de insumos al cliente interno, lo que ayuda a crear cultura de autocuidado.	100%
64%																				