

		PRIMER SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO		
Código: EV-FT-16		Versión: 03		
ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA VIGENCIA: 2018 FECHA DE PUBLICACION: 16 DE MAYO DE 2018				
SEGUIMIENTO 1 OCI				
FECHA DE SEGUIMIENTO		3 AL 10 DE MAYO 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	68%	
RACIONALIZACION DE TRÁMITES	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
	Link en la página web de la entidad para la recepción de PQRS	Para este primer cuatrimestre la página web ha estado fuera de servicio por problemas técnicos y logísticos.	0%	
	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%	
	Se implementará la intranet para aplicar la política de cero papel	A partir de la ultima semana de abril de 2018 Se actualizó el hosting de correos electrónicos y la intranet, igualmente se está utilizando como medio de difusión el wasaph.	30%	
	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.	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.	0%	
	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 .	Con la actualización de correos institucionales y la intranet, se ha disminuido la utilización de cero papel para enviar y recibir la comunicación interna	50%	
	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.	La página web está fuera de sericio por problemas técnicos y logísticos, por tanto no puede evidenciar el cumplimiento 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.	0%	
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			33%	

 Hospital San Roque HOSPITAL GENERAL DE PRADERA	PRIMER SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO
Código: EV-FT-16	Versión: 03

ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA
VIGENCIA: 2018
FECHA DE PUBLICACION: 16 DE MAYO DE 2018

SEGUIMIENTO 1 OCI				
FECHA DE SEGUIMIENTO		3 AL 10 DE MAYO DE 2018		
Componente	Actividades Programadas	Actividades Cumplidas	% de Avance	Observaciones
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 funcionario encargada de realizar la encuesta, pero aún no se dispone de página web para su consulta	50%	
	Crear relaciones de respeto y mejorar la imagen institucional ante el ciudadano.	Se continua la mejora de 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 diecisiete (17) 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 primer 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 fijación del horario de atención a los usuarios, en las diferentes áreas de la entidad, falta activar la página web para dar cumplimiento a la actividad programada.	50%	
	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%	

		PRIMER SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO		
Código: EV-FT-16		Versión: 03		
ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA VIGENCIA: 2018 FECHA DE PUBLICACION: 16 DE MAYO DE 2018				
SEGUIMIENTO 1 OCI				
FECHA DE SEGUIMIENTO		3 AL 10 DE MAYO DE 2018		
Componente	Actividades Programadas	Actividades Cumplidas	% de Avance	Observaciones
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO	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.	Aún no se ha contratado con la entidad la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas	0%	
	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, para generar un usuario satisfecho.	75%	
	Construir e implementar la Política de Protección de Datos Personales.	Aún no se evidencia la contrucción de la política de Proteccion de datos personales.	0%	
	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			52%	
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 realizará la rendicion de cuentas a la comunidad el 28 de Junio de 2018	0%	
	Publicación Rendición de cuentas anual en la página web institucional	Se publicó en la página web de la Alcaldía de Pradera el informe de Gestión de la vigencia	100%	
PORCENTAJE TOTAL AVANCE RENDICION DE CUENTAS			50%	
MECANISMOS PARA EL ACCESO Y TRANSPARENCIA EN LA INFORMACION	Publicación en la página Web institucional según lo promulgado en la Ley 1712: • 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	Por problemas técnicos y logísticos para este primer cuatrimestre no se puede evidenciar la ejecución de las actividades programadas en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014	0%	
	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%	

 Hospital San Roque Pradera - Valle	PRIMER SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO
Código: EV-FT-16	Versión: 03

ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA
VIGENCIA: 2018
FECHA DE PUBLICACION: 16 DE MAYO DE 2018

SEGUIMIENTO 1 OCI				
FECHA DE SEGUIMIENTO		3 AL 10 DE MAYO DE 2018		
Componente	Actividades Programadas	Actividades Cumplidas	% de Avance	Observaciones
MECANISMOS PARA EL ACCESO Y TRANSPARENCIA EN LA INFORMACION	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.	85%	
	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			28%	
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 actualización el Código de Ética y Buen Gobierno	0%	
	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			33%	
TOTAL AVANCE DEL PLAN ANTICORRUPCION			44%	

CONVENCIONES:

% DE AVANCE

0 - 59%
60 - 79 %
80 - 100%

										PRIMER SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ANTICORRUPCION 2018									
Fecha de Aprobación: Abril de 2013										Fecha de Modificación: Enero de 2018									
Código: GE-PL-22										Versión: 004									

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION																MONITOREO Y REVISION			
					ANALISIS DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO														
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA		CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES EXISTENTES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL					Fecha	Indicador	% Avance de las acciones				
		INTERNA Debido a...	EXTERNA Debido a...		Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo			Probabilidad	Impacto	Nueva zona de Riesgo	Acciones Preventivas	Responsable de la acción	Periodo de Seguimiento	Fecha de inicio	Fecha de terminación							
GESTION ESTRATEGICA	Concentración de Autoridad	No hay una definición clara de los niveles de autoridad y de responsabilidad conforme a las funciones y competencias de los cargos.		Extralimitación de Funciones	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	Cumplimiento del Manual de Funciones	PREVENTIVO	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	Efectuar inducción y/o capacitación a los Directivos de la entidad en cuanto a las actividades incluidas en el manual de funciones	Líder de Gestión Humana	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	07-05-2018	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%
	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.		Fallos en contra del Hospital, sanciones disciplinarias, fiscales y/o penales	1	RARA VEZ	20	CATASTROFICO	MODERADA	Radicación y verificación de los terminos	PREVENTIVO	1	RARA VEZ	10	MAYOR	BAJA	Implementar Registro radicador de tutelas, acciones populares y derechos de petición	Asesor Jurídico	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	07-05-2018	Para este Primer cuatrimestre la entidad contestó oportunamente dos (2) tutelas y quince (15) 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.	Ofrecimiento de dávidas por personas ajenas a la entidad.	Pérdida de Recursos Públicos Sobrecostos Sanciones legales para la entidad y/o funcionarios o contratistas	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Listado de verificación de los requisitos normativos	PREVENTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	*Revisión de los Estudios Previos y/o pliego de condiciones frente al contenido del contrato. *Actualización normativa en materia contractual	Asesor Jurídico Líder Proceso de Contratación	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	08-05-2018	Se revisaron 117 contratos y se evidenció que todos cumplan con los estudios previos para llevar a cabo la obligación contractual.	100%
	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 económico, que soporta el valor estimado del contrato Inadecuada fundamentación jurídica		Posible adquisición de bienes o servicios que no corresponden a las necesidades de las dependencias que requieren el bien o servicio Vencimiento de contratos Vigentes Incumplimiento de planes, programas y proyectos Declaratoria de nulidad del Proceso Imprecisión o ambigüedad en los criterios de evaluación Actos de corrupción	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	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	Asesor Jurídico Lider Proceso Contratación	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	08-05-2018	Segun muestra aleatoria a los 117 contratos generados en elo primer cuatrimestre del año 2018, se evidencia mediana planeación a los estudios previos de la contratación.	75%
	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	Propuestas presentadas por empresas sin la suficiente experiencia	Pérdida de Recursos Públicos	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	Establecer y documentar puntos de control para de evaluación propuestas y suscripción de los contratos	Asesor Jurídico Lider Proceso Contratación	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	08-05-2018	Para el primer cuatrimestre de 2018, sólo se realizaron dos (2) contratos con persona jurídica, uno para Mantenimiento de Equipos Biomédicos y otro para licenciamiento de productos Google G Suit y servicios conexos..	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		Fallas en la supervisión de los contratos Incumplimiento del Objeto Contractual Responsabilidades Disciplinarias, fiscales y penales por una débil ejecución de los contratos	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	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	Jefe Oficina Asesora Jurídica. Lider Proceso Contratación Supervisor y/o interventor	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	08/05/2018	Manual de Supervisión e Interventoría actualizado y adoptado mediante Resolución No. 101 del 13 de abril de 2018, actualmente en proceso de socialización.	67%

								PRIMER SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ANTICORRUPCION 2018											
Fecha de Aprobación: Abril de 2013								Fecha de Modificación: Enero de 2018											
Código: GE-PL-22								Versión: 004											

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION																MONITOREO Y REVISION			
					ANALISIS DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO														
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA		CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES EXISTENTES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL					Fecha	Indicador	% Avance de las acciones				
		INTERNA Debido a...	EXTERNA Debido a...		Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo			Probabilidad	Impacto	Nueva zona de Riesgo	Acciones Preventivas	Responsable de la acción	Periodo de Seguimiento	Fecha de inicio	Fecha de terminación							
GESTION DE CALIDAD	Deficiencias en el manejo documental y de archivos del SGC	Discrepacias en los documentos contenidos en listado maestro de documentos y registros con el archivo fisico del SGC		Ineficiencia en el suministro de informacion a clientes internos y externos. Desactualización o pérdida de documentos.	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Verificacion trimestral del estado del listado maestro de documentos y Registros	PREVENTIVO	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	Actualizacion y revision del listado de Maestro de documentos y registros	Lider SGC Lideres de proceso	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	09-05-2018	Para este primer cuatrimestre se verificaron y confrontaron los registros y procedimientos de los procesos misionales con los listados maestros de documentos y registros.	25%
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (CONSULTA EXTERNA)	Trato preferencial en asignación de citas médicas	Falla en adherencia a los protocolos institucionales por parte de los funcionarios de asignación de citas .		Perdida e imagen institucional Denuncia ciudadana Sanciones	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	* Realizar sensibilización al personal de asignación de citas sobre este posible riesgo a traves de capacitaciones frente al tema . * Dar cumplimiento estricto a los requisitos para asignación de citas por los diferentes medios, dando un trato humano e institucional a los usuarios.	PREVENTIVO	1	RARO	10	MAYOR	BAJA	* Educación a colaboradores y usuarios sobre implicaciones disciplinarias y penales para ofrecer o recibir dineros para la asignación de citas. * Realizar seguimiento estricto al cumplimiento de los requisitos para asignacion de citas por los diferentes medios, dando un trato humano e institucional a los usuarios.	Líder del proceso	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	09-05-2018	No se reportan denuncias ciudadanas por tráfico de influencias en la asignación de citas médicas.	100%
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (URGENCIAS)	Accidentes Laborales	Falta de elementos de proteccion de Bioseguridad		Demandas Legales, Perdida o Deterioro de vidas Humanas	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	Revisión dos veces por semana del uso de los elementos de protección personal	Líder de Salud Ocupacional	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	09-05-2018	Se verifica seguimiento en el registro Elementos de Protección Personal, en el cual se evidencia adecuado uso de estos elementos	75%
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (HOSPITALIZACION)	Ingresar pacientes sin comprobación de derechos	* Falta de comprobación de los derechos. * Falta de criterios para ingresar los pacientes a las áreas de atención		* Detrimiento patrimonial. * Sanciones disciplinarias	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	* Seguimiento a los facturadores. * Revista y pertinencia médica	PREVENTIVO	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	* Revisión diaria a la solicitud de derechos y autorización por la EPS. * Aplicación guía de ingreso a hospitalización.	Coordinador de Facturación Coordinador Médico	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	09-05-2018	* En evaluación realizada por el Comité de Historias clínicas se alcanza un cumplimiento para el primer cuatrimesre de 2018 del 80% en la adherencia y aplicación de las guías de patologías. El porcentaje ocupacional tuvo un aumento del 4% comparado con el ultimo cuatrimestre del año 2017	90%
GESTION DE LA INFORMACIÓN	Filtración inadecuada de información de la entidad.	Ausencia de protocolos de Custodia de la información confidencial de la institución.	Deficiencia de estrategias con de comunicación.	* Filtración de información no oficial en medios de comunicación. * Afectación de la imagen institucional * Descredito en los procesos contractuales de la institución.	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA		PREVENTIVO	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	* Realizar, actualizar y socializar los procedimientos de gestión documental y tecnológica * Definir claramente los roles de custodia de la informacion y manejo de la misma. . * Diseñar políticas claras y objetivas de comunicación.	Líder de cada Proceso	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	04-05-2018	Procedimientos actualizado de gestión documental y tecnológica. Existe el Protocolo de Seguridad de la información y el procedimiento de manejo y custodia de la historia clínica	30%

										PRIMER SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ANTICORRUPCION 2018														
Fecha de Aprobación: Abril de 2013										Fecha de Modificación: Enero de 2018														
Código: GE-PL-22										Versión: 004														
PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION														MONITOREO Y REVISION					
					ANALISIS DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO															
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA		CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES EXISTENTES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL					Fecha	Indicador	% Avance de las acciones				
		INTERNA Debido a...	EXTERNA Debido a...		Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo			Probabilidad	Impacto	Nueva zona de Riesgo	Acciones Preventivas	Responsable de la acción	Periodo de Seguimiento	Fecha de inicio	Fecha de terminación							
GESTION DE LA INFORMACIÓN	Acumulación excesiva de documentos en las oficinas	procedimientos no aplicados	Ausencia, inaplicación desconocimiento de políticas lineamientos normativos	Desorden documental, pérdida de documentos, deterioro físico	5	CASI SEGURO	10	MAYOR	ALTA	Transferir al Archivo Central los documentos en las tiempos estipulados en las tablas de Retención Documental	CORRECTIVO	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	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	Gerente Líderes de Procesos Líder del Proceso Gestión de la Información	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	04-05-2018	Para este primer cuatrimestre no se han recibido transferencias documentales por adecuación del archivo central	0%
	Inadecuada aplicación de las Tablas de Retención Documental	Métodos (procedimientos no aplicados)	Ausencia, inaplicación desconocimiento de políticas lineamientos normativos	Designación inadecuada series y subseries, desorden documental, pérdida de documentos, Incumplimiento de leyes, políticas y normativas.	4	PROBABLE	5	MODERADO	MODERADA	Capacitación y seguimiento a la aplicación de las Tablas de Retención Documental	CORRECTIVO	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	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	Líderes de Procesos Líder del Proceso Gestión de la Información	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	04-05-2018	Se realizó el diagnóstico del Programa de Gestión documental, pero aún no se ha designado un funcionario para el manejo del Archivo Central y manejo de la Gestión Documental de las áreas y procesos de la entidad..	50%
	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.		fuga y mal manejo de la información . Posibles pérdidas de documentos o información pública Posibles daños a la imagen de la entidad frente a la ciudadanía Mala manipulación de la información. Vicio en los procesos de contratación.	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	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	Coordinador Área de Sistemas	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	04-05-2018	* En el mes de Febrero de 2018, se realizó reinducción en la cultura de seguridad de la información digital. Se realiza Protocolo de copias de seguridad de la información GIC-PT-12. * Aún no se ha actualizado el Código de Ética. *No se evidencia seguimiento y bloqueo de paginas web no autorizadas por la entidad. * Se evidencia Protocolo de Políticas de seguridad de la información GIC-PT-11 desarrollado y socializado.	50%
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. * Seleccionar personal sin el cumplimiento de los perfiles establecidos.	Imposición Presiones indebidas	*Sanciones Disciplinarias	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	Manual Especifico de Funciones y de Competencias Laborales Formato * Verificación de Requisitos	PREVENTIVO	4	PROBABLE	10	MAYOR	ALTA	*Mantener actualizado el Manual de Funciones y Competencias. *Selección del personal de acuerdo a los perfiles de cargo y/o necesidades de los procesos. *Cumplimiento de los requisitos establecidos al momento que ingresa	Líder de Gestión Humana Líder de Contratación	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	03-05-2018	Los cargos desempeñados por los funcionarios estan acordes al Manual de funciones y competencias laborales. No se evidencia un cumplimiento total de la selección del personal contratista, de acuerdo las necesidades de los procesos.	75%
	Inadecuado manejo y Administración de las Historias Laborales	Desconocimiento de la normatividad en cuanto a la administración y manejo de las Historias Laborales.		Perdida de información Sanciones Disciplinaria y Penal	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	*Revisión Hojas de Vida Diligenciamiento Lista de Chequeo * Foliación de las Hojas de Vida * Actualización en cuanto a la Normatividad Vigente	Líder de Gestión Humana Líder de Contratación	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	03-05-2018	Se evidencia custodia adecuada por la Coordinadora de Gestión Humana de las Hojas de vida laborales del personal de planta, todas debidamente legajadasy foliadas.	100%

										PRIMER SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ANTICORRUPCION 2018														
Fecha de Aprobación: Abril de 2013										Fecha de Modificación: Enero de 2018														
Código: GE-PL-22										Versión: 004														
PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION																MONITOREO Y REVISION			
					ANALISIS DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO															
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA		CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES EXISTENTES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL						Fecha	Indicador	% Avance de las acciones			
		INTERNA Debido a...	EXTERNA Debido a...		Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo			Probabilidad	Impacto	Nueva zona de Riesgo	Acciones Preventivas	Responsable de la acción	Periodo de Seguimiento	Fecha de inicio	Fecha de terminación							
GESTIÓN FINANCIERA	Pérdida de la información Contable.	Falta de actualización del software Contable y financiero		Incumplimiento en la rendición de informes a los Organismos de Control o sin el cumplimiento de los parámetros establecidos.	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Mantenimiento remoto del software contable y financiero	PREVENTIVO	2	IMPROBABLE	20	CATASTROFICO	ALTA	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 atención de la	Gerente Líderes del Grupo Financiero	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	03-05-2018	No se evidencia actualización del software contable y financiero Igualmente no se evidencia la implementación de la interfase contable y financiera con el software de facturación clínica.	0%
	Aplicación de pago por transferencia a entidad o persona de manera equivocada	Alta carga laboral. Errores de digitación.		Denuncia ante organismos de control por aplicación de pagos o transferencias equivocadas.	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	Revisión de movimientos de tesorería por parte del Contador	Tesorera Contador	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	03-05-2018	Número de Pagos correcto/ Total pagos efectuados	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		Sanciones de tipo administrativo, fiscal y disciplinario	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	Continuar con la revisión a los rubros presupuestales antes de expedir el certificado disponibilidad presupuestal	Jefe de Presupuesto	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	03-05-2018	Certificados Disponibilidad Presupuestal expedidos en los terminos normativos / Certificados Disponibilidad Presupuestal requeridos	100%
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.		Dificultad en la supervisión del mantenimiento a los equipos biomédicos y/o vehículos, por falta de una hoja de vida actualizada. Demoras en la autorización del mantenimiento requerido.	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	CORRECTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	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	Subgerente Líder de Mantenimiento	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	10-05-2018	Se realizó revisión exhaustiva por los líderes del proceso de Gestión Administrativa, para que todos los equipos inventariados cumplan con las respectivas hojas de vida y tengan un responsable por proceso o área.	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.		Detrimento patrimonial	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Análisis de Precios del mercado. Evaluación de la Oferta.	CORRECTIVO	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	Evaluar de manera permanente los precios del mercado por parte del Comité de compras	Comité de Compras	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	10-05-2018	Se evidencia el Acta No. 01 del 19 de enero de 2018, Acta No. 02 del 12 de marzo de 2018 y Acta No. 03 del 20 de marzo de 2018 del Comité de compras.	50%
	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		Sanciones de tipo administrativo, fiscal y disciplinario	4	PROBABLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Actualización de los inventarios físicos y en el software de la entidad.	CORRECTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	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	Almacenista	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	10-05-2018	Inventarios actualizados y firmados por responsables / Total de bienes de la entidad soportados	85%

 Hospital San Roque EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PRADERA VALLE										PRIMER SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ANTICORRUPCION 2018														
Fecha de Aprobación: Abril de 2013										Fecha de Modificación: Enero de 2018														
Código: GE-PL-22										Versión: 004														
PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION															MONITOREO Y REVISION				
					ANALISIS DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO														
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA		CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES EXISTENTES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL					Fecha	Indicador	% Avance de las acciones				
		INTERNA Debido a...	EXTERNA Debido a...		Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo			Probabilidad	Impacto	Nueva zona de Riesgo	Acciones Preventivas	Responsable de la acción	Periodo de Seguimiento	Fecha de inicio	Fecha de terminación							
GESTION ADMINISTRATIVA	Hurto en el almacenamiento de bienes en el Almacén	Desorganización o descuido por parte de los funcionarios encargados de almacenar los bienes	Fallas en los sistemas de vigilancia, seguridad o videovigilancia. Problemas de inseguridad	Pérdida de bienes. Sanciones legales para el responsable de almacenar los bienes. Posible pérdidas económicas o detrimento del patrimonio de la entidad.	3	POSIBLE	20	CATASTROFICO	EXTREMA	Registro de bienes en el Kárdex. Tomas físicas de inventario	PREVENTIVO	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Organización de los bienes del Almacén	Subgerencia Administrativa y Financiera Gestión Administrativa (Almacén)	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	10-05-2018	Se evidencia inventario controlado de todos los bienes muebles de la entidad.	100%
		Ingreso de personal no autorizado al almacén.																						
																							68%	