



Hospital San Roque
Empresa Social del Estado
Pradera-Valle

PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018

Fecha Aprobación: Abril de 2013

Fecha Modificación: Enero de 2017

Página 1 de 15

Tipo de Proceso: Gerencial

Código: GE-PL-20

Versión: 03

PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018

SANDRA ELIZABETH CASTRO G.
Gerente

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 2 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

INTRODUCCION

En julio de 2011 se expidió la Ley 1474, “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”. La mencionada disposición legal en su artículo 73 define que “Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano”.

Es así como, el plan incluye entonces cinco componentes autónomos e independientes, con parámetros y soportes normativos propios como son: Gestión de Riesgos de Corrupción (Mapa de Riesgos y las medidas para controlarlos y evitarlos), Racionalización de Trámites, Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, Rendición de Cuentas, Mecanismos para la Transparencia y acceso a la Información E Iniciativas adicionales.

DIAGNOSTICO PREVIO

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2017 alcanzó un cumplimiento del 65% frente a las 34 actividades contempladas en el Plan. En cuanto al seguimiento del Mapa de Riesgos de Corrupción 2017, se logró un cumplimiento del 64%, respecto de los 23 riesgos contemplados.

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 3 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

1. MARCO INSTITUCIONAL

Misión

Somos una Empresa Social del Estado Prestadora de servicios de salud de nivel I de complejidad, comprometidos con el mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población praderaña y su zona de influencia, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad contribuyendo así a la protección y desarrollo social de la región.

Visión

Ser una Empresa posicionada en el suroccidente del Valle del Cauca, por la calidad en la prestación de sus servicios, énfasis en la promoción y prevención, la modernización de la infraestructura y el mejoramiento continuo de sus procesos; logrando el desarrollo permanente del talento humano y un margen de rentabilidad que pueda ser reinvertida socialmente.

Valores Éticos

Los valores seleccionados y que sirven como referente para las actitudes, prácticas y actuaciones de los funcionarios de la entidad son los siguientes:

Respeto: Comprendemos las diferencias culturales, religiosas sexuales y socioeconómica de nuestros clientes internos y externos, así mismo damos importancia a la privacidad de los usuarios y colaboradores con igualdad sin importar el nivel dentro de la organización.

Responsabilidad: Cumplimos nuestros deberes encaminados a los objetivos de la organización. De igual manera la organización promueve el cumplimiento de las obligaciones laborales y el libre desarrollo personal.

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 4 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

Trabajo en equipo: Trabajamos de forma conjunta para alcanzar los objetivos organizacionales e individuales, a través de la cooperación y comunicación activa.

Compromiso: Desarrollamos eficazmente el cumplimiento de nuestras actividades de forma oportuna y competente para lograr un alto nivel de satisfacción en nuestros clientes internos y externos.

Liderazgo: Promovemos positivamente y motivamos el trabajo en equipo para dar cumplimiento con los propósitos de la organización.

Honestidad: Actuamos tomando como referente la verdad y la justicia dando cada quien lo que le corresponde dentro de los procesos y desempeñando nuestra labor con respecto, equidad y conservación de los recursos institucionales y de nuestros usuarios.

2. MARCO LEGAL

En La E.S.E Hospital San Roque de Pradera, se hace necesaria la implementación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano obedeciendo a las siguientes normas legales:

Constitución Política de Colombia: En el marco de la constitución política de 1991 se consagran los principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia, de igual forma dio gran importancia a los mecanismos de participación ciudadana en el control a la gestión pública y estableció la responsabilidad patrimonial de los servidores públicos. Los artículos relacionados son: art 23, 90, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184, 209, y 270.

Ley 190 de 1995: Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa.

Ley 610 de 2000: Por la cual se establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías.

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 5 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

Ley 678 de 2001: Por medio de la cual se reglamenta la determinación de responsabilidad patrimonial de los agentes del Estado a través del ejercicio de la acción de repetición o de llamamiento en garantía con fines de repetición.

Ley 734 de 2000: por medio del cual se expide el código disciplinario único, en este se contemplan como faltas disciplinarias las acciones u omisiones que lleven a incumplir los deberes del servidor público, a la extralimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones a incumplir las normas sobre prohibiciones; también contempla el régimen de inhabilidades e incompatibilidades así como el procedimiento y conflicto de intereses.

Ley 909 de 2004: por medio del cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.

Decreto ley 128 de 1976: por medio del cual se dictan el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de juntas directivas de las entidades descentralizadas y de los representantes legales de estas.

Ley 819 de 2003: por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.

Ley 850 de 2003: por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Se crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país. Así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores.

Ley 1474 de 2011: Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad de control de Gestión Pública.

Decreto 2170 de 2002: Por el cual se reglamenta la ley 80 de 1993, se modifica el decretó 855 de 1994 y se dictan otras disposiciones en aplicación de la ley 527 de 1999. Este decreto dispuso un capitulo a la participación ciudadana en la contratación estatal.

Decreto Nacional 4110 de 2004: En su artículo 1 adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000:2004, y el decreto 4485 de 2009, la actualiza a través de la versión NTCGP 1000: 2009.

Decreto 019 de 2012: Por lo cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública (ley anti trámites).

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 6 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

Decreto 943 de 2014: adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Ley 1712 de 2014: Transparencia y acceso a la información

Decreto 1081 de 2015: Establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Módulo de Control de Planeación y Gestión del MECI

Ley 1757 de 2015: Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática.

Ley 1755 de 2015: Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Decreto 124 de 2016: Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 7 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cultura organizacional de la ESE Hospital San Roque de Pradera a través de la implementación de buenas prácticas de gestión, en el marco de la transparencia y la lucha contra la corrupción.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ejecutar el Plan Anticorrupción, Atención y Participación Ciudadana 2018 de la Empresa Social del Estado Hospital San Roque de Pradera, en el marco del Conpes 3654 de 2010, la Ley 1474 de 2011 artículo 73, el Decreto 2641 de 2012, el Manual Único de Rendición de Cuentas y el Decreto 124 de 2016.
- Desarrollar acciones al interior de la entidad, que permitan garantizar una efectiva gestión de rendición de cuentas de la ESE Hospital San Roque de Pradera, y que estén orientadas a reconocer a los ciudadanos y actores interesados como el foco de la gestión y de los resultados.
- Mejorar los mecanismos de atención al ciudadano a través de los distintos canales que tiene la Empresa Social del Estado Hospital San Roque de Pradera.
- Fortalecer las buenas prácticas de la ESE Hospital San Roque de Pradera con la participación de la ciudadanía, los servidores públicos, contratistas y los interesados externos en la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 8 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

4. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO

- 4.1 Gestión de Riesgos de Corrupción- Mapa de Riesgos y medidas para mitigar los riesgos
- 4.2 Racionalización de Tramites
- 4.3 Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
- 4.4 Rendición de Cuentas.
- 4.5 Mecanismos para la Transparencia y acceso a la Información.
- 4.6 Iniciativas adicionales.

4.1 PRIMER COMPONENTE GESTION DE RIESGOS DE CORRUPCION

El Mapa de Riesgos de Corrupción, se define como una herramienta metodológica que permite identificar, de manera clara y sistemática, áreas y procesos que propician o son más vulnerables a la comisión de hechos de corrupción y definición de medidas para mitigar los riesgos Identificar, gestionar y monitorear los riesgos de Corrupción al interior de la E.S.E. Hospital San Roque de Pradera.

Se debe someter anualmente a revisión la Política para la administración del Riesgo en la entidad, para que sea coherente con las iniciativas estratégicas del Plan de Desarrollo Institucional.

Los líderes de procesos deben monitorear y revisar periódicamente su Mapa de Riesgos de Corrupción, ajustándolos cuando crean conveniente. Se debe garantizar que los controles sean eficaces y eficientes.

La Oficina de Control Interno en sus Auditorias de gestión realizará seguimiento a la eficacia de los controles determinados.

De acuerdo con lo anterior, para 2018 se identificaron un total de **23** riesgos de corrupción asociados a los procesos estratégicos, misionales y de apoyo. Para la construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción se realizó de acuerdo a la "Guía para la gestión del Riesgo de Corrupción" versión 2. Ver anexo Mapa de Riesgos de corrupción.

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 9 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

4.2 COMPONENTE RACIONALIZACION DE TRÁMITES

Este componente se desarrolla bajo la premisa de facilitar la relación entre los ciudadanos y la ESE Hospital San Roque de Pradera, a través de la simplificación, la estandarización y optimización de los trámites, regulaciones o procedimientos.

La Política de Racionalización de trámites del Gobierno Nacional es liderada por el Departamento Administrativo de la Función Pública; busca facilitar el acceso a los servicios que brinda la administración pública. Se debe acercar el ciudadano a los servicios que presta el Estado, en este caso el Hospital, mediante la modernización y el aumento de la eficiencia de sus procedimientos teniendo en cuenta el nivel de atención y de complejidad.

Serán responsables de este componente los líderes de Gestión de Calidad y Gestión de la Información.

Inventario de trámites:

- Asignación de cita médica para la prestación de servicios en salud por teléfono e internet.
- Atención Inicial de Urgencias
- Exámenes de Laboratorio Clínico
- Certificado de Defunción
- Certificado nacido vivo
- Historia Clínica

Servicios antitrámites:

- Link en la página web de la entidad para la recepción de PQRS
- Recepción de Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias por correo electrónico.
- Solicitudes de información a través del correo electrónico de atención al usuario.
- Utilización de Red social (Facebook)
- Se implementará la intranet para aplicar la política de cero papel
- 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.
- Se adoptará como medio de comunicación oficial interna los correos institucionales y la intranet.
- 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

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 10 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

permanentemente a la comunidad Pradereña.

- 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 laboratorio.

En efecto, a mayor cantidad de trámites y de actuaciones, aumentan las posibilidades de que se presenten hechos de corrupción. Se pretende por lo tanto, entre otras cosas, eliminar factores generadores de acciones tendientes a la corrupción, materializados en exigencias absurdas e innecesarias, cobros, demoras injustificadas, etc.

4.3 MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO

Este componente debe estar bajo la responsabilidad del SIAU, Líder de calidad, subgerencia Científica y Subgerencia Administrativa. Para responder las inquietudes de la comunidad en forma real y efectiva, se fortalecerá y mejorara los siguientes instrumentos:

- La oficina de atención al usuario debe proveer información veraz y oportuna de forma presencial, vía telefónica a través de los teléfonos 267444 y 2673283 extensión 100 y de manera virtual al correo electrónico atencionalusuario@hospitalsanroque.gov.co
- Crear relaciones de respeto y mejorar la imagen institucional ante el ciudadano.
- 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.
- 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"
- Dar cumplimiento a la Ley 1755 de 2015 de acuerdo a las siguientes peticiones y términos:



PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018

Fecha Aprobación: Abril de 2013	Fecha Modificación: Enero de 2017	Página 11 de 15
Tipo de Proceso: Gerencial	Código: GE-PL-20	Versión: 03

Clase	Término
Peticiones de interés general y particular	Dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción
Peticiones de documentos e información	Dentro de los diez (10) siguientes a su recepción
Consultas	Dentro de los treinta (30) días siguiente a su recepción
Peticiones entre autoridades	Dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción

LINEAMIENTOS DE LA LEY 1755 DE 2015

Situación	Lineamiento
No respuesta en término	Se debe informar al ciudadano antes del vencimiento informando los motivos de la demora y señalando el plazo en que se resolverá la petición, la cual no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.
Petición Incompleta	Se debe tener en cuenta dos momentos En el recibo de la petición: 1. El servidor público informa verbalmente que está incompleta la petición, si el ciudadano insiste, debe ser radicada. 2. Cuando está radicada: El servidor público debe solicitar al ciudadano dentro de los diez (10) días siguientes para que complete la información. El ciudadano tiene 1 mes para completarla.
Atención Prioritaria	Se debe atender prioritariamente las peticiones que involucren el reconocimiento de un derecho fundamental, cuando esté en peligro inminente la vida o la seguridad, cuando sea presentada por un niño (a) a adolescente; o cuando sea presentada por un periodista en ejercicio de su profesión.
No es Competente	Se debe remitir la solicitud al competente dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la misma y se enviará copia de ello al peticionario.
Desistimiento Tácito	Opera cuando el ciudadano no completa su petición dentro del mes otorgado para ello y guarda silencio. La entidad debe expedir acto administrativo decretando el desistimiento y archivando el expediente, se debe notificar personalmente advirtiendo la procedencia del recurso de reposición.
Desistimiento Expreso	Opera cuando el ciudadano de manera expresa le informa a la entidad que no desea continuar con el trámite de la petición. No obstante, puede continuar de oficio el trámite de respuesta si la entidad considera que es de interés general, para lo cual, debe proyectar acto administrativo motivado.
Petición Irrespetuosa	Cuando un ciudadano presenta una petición irrespetuosa o en términos groseros, la entidad puede rechazarla.
Petición oscura	Se presenta cuando no se comprende la finalidad u objeto de la petición, en este caso, se debe devolver al interesado para que la corrija o aclare dentro de los diez (10) días siguientes. En caso de no corregirse o aclararse, se archivará la petición.
Petición reiterativa	Se da cuando se presenta una solicitud que ya ha sido resuelta por la entidad, caso en el cual puede remitirse respuestas anteriores.
Peticiones Análogas	Opera cuando más de diez (10) personas formulen peticiones que sean semejantes en cuanto a su objeto. En este caso la entidad podrá dar una única respuesta que deberá ser publicada en un diario de amplia circulación, en la página web y entregará copias de la misma a quienes la soliciten.

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 12 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

- Elaboración del Plan de Mejora de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias con el respectivo seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Dar cumplimiento a la atención preferencial para las personas en situación de discapacidad, gestantes, adulto mayor y niños menores de 5 años.
- Construir e implementar la Política de Protección de Datos Personales.
- Establecer planes de mejora producto de la medición de las encuestas realizadas a los usuarios.

4.4. COMPONENTE RENDICION D E CUENTAS

La Rendición de Cuentas es un componente de los principios constitucionales de transparencia, publicidad y responsabilidad. Rendir cuentas es divulgar, someter al examen, a la revisión de la ciudadanía, las decisiones y las actuaciones de los servidores públicos en desarrollo de la gestión de lo público. Constitucionalmente los servidores públicos están al servicio del Estado y al servicio de la comunidad. Este componente es liderado por el Gerente de la organización.

A través de este componente se puede identificar con claridad las dificultades que se tuvieron en la ejecución de los planes de acción o en el asunto objeto del informe y qué se requiere para superarlas.

La Rendición de Cuentas es una expresión de Control Social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la Administración Pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 13 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

Para tal efecto la ESE Hospital San Roque de Pradera, realizará un Manual de Rendición de Cuentas con el fin de brindar espacios para que la comunidad Pradereña participe y sea informada de la gestión de la entidad y que afianzará la relación entre la institución y los ciudadanos. Este manual se convertirá en un instrumento que implica la obligación de informar y el derecho de ser informado.

Se realizará la rendición de cuentas el 28 de Junio de 2018 con la invitación pública a su realización y participación directa de la comunidad hospitalaria, asociación de usuarios, EPS, organismos de control y ciudadanía en general.

Se publicará la rendición de cuentas anual en la página web de la entidad.

Se suscribirán los acuerdos de gestión como prácticas de responsabilidad Social Empresarial.

4.5 COMPONENTE MECANISMOS PARA EL ACCESO Y TRANSPARENCIA EN LA INFORMACION

Para garantizar la participación ciudadana en forma real y efectiva, se fortalecerá y mejorara los siguientes instrumentos:

1. Página Web donde se publicarán los siguientes ítems promulgados 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

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 14 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

2. Crear relaciones de respeto y fortalecer siempre la imagen institucional ante el ciudadano.
3. Elaboración de plan de mejoramiento con base en las propuestas, quejas, reclamos y expectativas planteadas por la ciudadanía en la rendición de cuentas.
4. Formulario electrónico para que la Comunidad o Usuarios formulen sus necesidades de información

4.6 COMPONENTE DE INICIATIVAS INICIALES

- Se ajustará el Código de Ética y Buen Gobierno, con definición de estrategias permanentes de socialización a los Colaboradores.
- Se debe elaborar el Manual de Convivencia para los Colaboradores de la Organización.
- Actualizar el Reglamento Interno de la entidad.

5. FORMATO DEL PLAN

El formato del Plan Debe contener Actividades, Meta o Producto, Indicadores, Fecha programada para el cumplimiento, Responsable.

Para el seguimiento: Actividades programadas, Actividades Cumplidas, % de avance

Semaforización al cumplimiento del Plan

0 a 59%	ROJO
De 60 a 79%	AMARILLO
De 80 a 100%	VERDE

 <p>Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle</p>	<p>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018</p>	
<p>Fecha Aprobación: Abril de 2013</p>	<p>Fecha Modificación: Enero de 2017</p>	<p>Página 15 de 15</p>
<p>Tipo de Proceso: Gerencial</p>	<p>Código: GE-PL-20</p>	<p>Versión: 03</p>

6. SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION

A la Oficina de Control Interno le corresponde adelantar la verificación de la actualización y publicación del Plan. Así mismo efectúa el seguimiento y control a la implementación y a los avances de las actividades propuestas en el Plan 3 veces al año:

Primer seguimiento: con corte al 30 de Abril, los 10 primeros días hábiles de Mayo

Segundo seguimiento: con corte al 31 de Agosto, en los 10 primeros días hábiles de Septiembre.

Tercer seguimiento: con corte al 31 de Diciembre, los 10 primeros días hábiles de Enero

Los Líderes responsables de los componentes aportarán el análisis de la gestión correspondiente a las estrategias Anti trámites, en procura de mejorar la Atención al Ciudadano.

Así mismo se reportarán al Comité de Calidad y Control Interno los planes de mejoramiento que se deben implementar.

En caso de que el Jefe de Control Interno reporte no conformidades o detecte incumplimientos al plan informará al responsable para que se realicen las acciones orientadas a cumplir de la actividad reportada, de persistir los incumplimientos se hará reporte a la Gerencia y Control Interno Disciplinario.

El seguimiento se hará en la Matriz diseñada de acuerdo a la guía "Estrategias para la anticorrupción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano" Versión 2.



MAPA DE RIESGOS PLAN 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						
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA		CONSECUENCIA	ANALISIS DEL RIESGO			CONTROLES EXISTENTES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	VALORACIÓN DEL RIESGO				ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL				Fecha	Indicador				
		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						
																				RIESGO INHERENTE	RIESGO RESIDUAL	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	
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 06-09-2018 09-01-2019	Capacitación y/o inducción realizada
	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 06-09-2018 09-01-2019	Tutelas, Acciones populares, derechos de petición entregados a tiempo / Total de tutelas, acciones populares, derechos de petición
	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 07-09-2018 10-01-2019	contratación con el lleno de requisitos / total de contratos adjudicados
	Decisiones erróneas al aprobar Estudios y documentos previos o de factibilidad para la adquisición de un bien o servicio,	Tardia 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		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 Líder Proceso Contratación	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	08-05-2018 07-09-2018 10-01-2019	(No de Estudios y documentos previos devueltos no aprobados por el comité de Contratación, por este tipo de deficiencias / No de Estudios y documentos previos presentados al Comité de Contratación para aprobación) * 100
	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 evaluación de propuestas y suscripción de los contratos	Asesor Jurídico Líder Proceso Contratación	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	08-05-2018 07-09-2018 10-01-2019	Cumplimiento del Procedimiento de contratación
	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. Líder Proceso Contratación Supervisor y/o interventor	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	08-05-2018 07-09-2018 10-01-2019	Manual de Supervisión e Interventoría Revisado, actualizado y socializado.



MAPA DE RIESGOS PLAN ANTICORRUPCION 2018

Fecha de Aprobación: Abril de 2013
Código: GE-PL-22

Fecha de Modificación: Enero de 2018
Versión: 004

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION														MONITOREO Y REVISION					
			ANALISIS DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO										Fecha	Indicador				
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA		CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES EXISTENTES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL									
		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	Discrepancias en los documentos contenidos en listado maestro de documentos y registros con el archivo físico del SGC	Ineficiencia en el suministro de información a clientes internos y externos. Desactualización o pérdida de documentos.	3	POSIBLE	10	MAYOR	ALTA	Verificación trimestral del estado del listado maestro de documentos y Registros	PREVENTIVO	3	POSIBLE	5	MODERADO	MODERADA	Actualización y revisión del listado Maestro de documentos y registros	Lider SGC Líderes de proceso	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	09-05-2018 10-09-2018 11-01-2019	Revisiones realizadas / Programadas *100
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 través de capacitaciones frente al tema . * Dar cumplimiento estricto a los requisitos para asignación de citas por los diferentes medios, dando un trato humano e imparcial 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 asignación de citas por los diferentes medios, dando un trato humano e imparcial a los usuarios.	Lider del proceso	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	09-05-2018 10-09-2018 11-01-2019	Denuncias recibidas gestionadas/Total denuncias recibidas
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (URGENCIAS)	Accidentes Laborales	Falta de elementos de protección de Bioseguridad	Demandas Legales, Pérdida 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	Lider de Salud Ocupacional	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	09-05-2018 10-09-2018 11-01-2019	Revision listas de chequeo
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 10-09-2018 11-01-2019	*Adherencia y aplicación a las guías de ingreso * Porcentaje de Ocupacional de camas. * Porcentaje de Estancias
GESTION DE LA INFORMACIÓN	Filtración inadecuada de información de la entidad.	Ausencia de protocolos de Custodia de la información confidencial de la Institución.	* 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 información y manejo de la misma. * Diseñar políticas claras y objetivas de comunicación.	Lider de cada Proceso	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	04-05-2018 04-09-2018 04-01-2019	Procedimientos de gestión documental y tecnológica. Políticas de comunicación establecidas con la definición de custodia de acuerdo al rol de manejo de la información.
	Acumulación excesiva de documentos en las oficinas	procedimientos no aplicados	Ausencia, inaplicación o 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 los 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 transferencia de éstos en los tiempos estipulados.	Gerente Líderes de Procesos Lider del Proceso Gestión de la Información	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	04-05-2018 04-09-2018 04-01-2019



MAPA DE RIESGOS PLAN ANTICORRUPCION 2018

Fecha de Aprobación: Abril de 2013
Código: GE-PL-22

Fecha de Modificación: Enero de 2018
Versión: 004

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION												MONITOREO Y REVISION						
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA		CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES EXISTENTES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL					Fecha	Indicador				
		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	Inadecuada aplicación de las Tablas de Retención Documental	Métodos (procedimientos no aplicados)	Ausencia, inaplicación o 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 04-09-2018 04-01-2019	Total de personal encargado de la Gestión Documental capacitados y asesorados / Total de personal encargado de la Gestión Documental en las áreas
	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 información.	Coordinador Área de Sistemas	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	04-05-2018 04-09-2018 04-01-2019	* Actas de socialización en cultura de seguridad en la información. *Actualización Código de Ética. *Supervisión a los PC institucionales en el bloqueo de páginas web no utilizables por la entidad. Manual de seguridad de la información desarrollado y socializado
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 Específico 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 un funcionario o contratista.	Líder de Gestión Humana Líder de Contratación	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	03-05-2018 03-09-2018 03-01-2019	% de funcionarios con perfil diferente al cargo que desempeñan.
	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 expectativa 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 03-09-2018 03-01-2019	100% de Hojas de Vida debidamente custodiadas
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 digitación de la facturación manual.	Gerente Líderes del Grupo Financiero	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	03-05-2018 03-09-2018 03-01-2019	Actas de actualización del software contable y financiero Actas donde se evidencia la implementación de la interfase contable y financiera con el software de facturación clínica.
	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 03-09-2018 03-01-2019	Número de Pagos correcto/ Total pagos efectuados



MAPA DE RIESGOS PLAN ANTICORRUPCION 2018

Fecha de Aprobación: Abril de 2013
Código: GE-PL-22

Fecha de Modificación: Enero de 2018
Versión: 004

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACION RIESGOS DE CORRUPCION													MONITOREO Y REVISION					
	EVENTO DE RIESGO	CAUSA		CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE			CONTROLES EXISTENTES	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL					Fecha	Indicador				
		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	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 de disponibilidad presupuestal	Jefe de Presupuesto	Mensual	02/01/2018	31/12/2018	03-05-2018 03-09-2018 03-01-2019	Certificados Disponibilidad Presupuestal expedidos en los términos normativos / Certificados Disponibilidad Presupuestal requeridos
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 Actas.	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 reincidencia al personal encargado de la supervisión en el procedimiento de manejo de hojas de vida de los equipos biomédicos y/o vehículos	Subgerente Líder de Mantenimiento	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	10-05-2018 10-09-2018 10-01-2019	% de Hojas de vida de los Equipos Biomédicos y/o Vehículos sin el cumplimiento de los requisitos.
	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.		Detrimiento 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 10-09-2018 10-01-2019	actas de comité de compras.
	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 identifiquen los movimientos de elementos y/o cambios a realizar	Almacenista	Trimestral	02/01/2018	31/12/2018	10-05-2018 10-09-2018 10-01-2019	Inventarios actualizados y firmados por responsables / Total de bienes de la entidad soportados
	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.	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 10-09-2018 10-01-2019	Capacitación personal para levantamiento de información