

Arauca, 10 de mayo de 2016

Doctor  
**JOSE VICENTE SANABRIA MONSALVE**  
Gerente  
ESE MORENO Y CLAVIJO  
Ciudad

**Asunto: Seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción de los procesos y subprocesos de apoyo, direccionamiento y evaluación de la ESE Moreno y Clavijo**

Teniendo en cuenta el plan de auditoría del sistema integral de gestión para la vigencia 2016, me permito presentar a usted los resultados del seguimiento a los mapas de riesgos administrativo y de corrupción de los procesos y subprocesos de apoyo, direccionamiento y evaluación a los cuales se les realizó auditoria, esto con el fin de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en el decreto 943 de 2014 y la ley 1474 de 2011 respectivamente.

Dicho cumplimiento se ve reflejado en la realización de las acciones programadas, así mismo los soportes y evidencias que acreditan este cumplimiento reposan en el archivo de gestión de cada proceso y subproceso auditado.

Sin otro en particular,

  
**LIDIA MARICELA ORTIZ HERNANDEZ**  
Asesora de Control Interno  
Gestión Integral de Control

Elaboro y Dígito: Juan José Cruz Mejía  
Aprobo: Lidia Maricela Ortiz Hernández



Calle 21 No 20 - 14.  
Parque Central  
Arauca - Arauca



(7) 885 7915  
(7) 885 7916



[www.esemorenoyclavijo.gov.co](http://www.esemorenoyclavijo.gov.co)

**VIGILADO** Supersalud 

*“Comprometidos con  
el bienestar de nuestra gente”*

## INTRODUCCION

En desarrollo de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 943 de 2014, Ley 1474 de 2011 se realizó auditoría de seguimiento al Mapa de Riesgos administrativos de corrupción de los procesos y subprocesos de apoyo, direccionamiento y evaluación, permitiendo a la institución y a procesos y subprocesos identificar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales o los eventos positivos que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de las funciones.

La auditoría de seguimiento a estas herramientas se realizó con el objeto de verificar el desarrollo de las acciones propuestas para cada uno de los riesgos de los procesos y subprocesos que conforman la entidad.

Para la realización de esta auditoría se tomó como referencia el mapa de riesgos administrativos y de corrupción institucional, el plan anticorrupción y atención al ciudadano el cual contempla los riesgos de cada una de los procesos y subprocesos de la entidad, y las acciones programadas para cada uno de los mismos.

La metodología utilizada por la Oficina Asesora de Gestión Integral de Control, para evaluar esta Auditoría fue la siguiente:

1. Se notificó mediante oficio a cada uno de los procesos y subprocesos a auditar para el primer cuatrimestre de la vigencia.
2. Se revisaron los soportes suministrados por los líderes de los procesos y subprocesos de la entidad, como constancia de las acciones realizadas.



## RESULTADOS DEL PRIMER SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ADMINISTRATIVO DE CORRUPCION PROCESOS Y SUBPROCESOS DE LA ENTIDAD

A continuación se describen los riesgos evaluados y las acciones desarrolladas por cada proceso con el fin de evitar eventos que puedan entorpecer el normal desarrollo de las funciones, así mismo se hace referencia si se cumplió o no con las actividades programadas para mitigar los riesgos propios de los procesos y subprocesos de la entidad.

### GESTION ESTRATEGICA

En este seguimiento realizado en el primer cuatrimestre se encontraron cuatro (04) riesgos, el cual viene realizando de forma satisfactoria las actividades programadas, lográndose un porcentaje de cumplimiento del 100% así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Inoportunidad en la entrega de los informes.	Generar alamar por vía electrónica a los procesos involucrados en la presentación oportuna de los informes.	Cada líder de proceso se encarga de generar alarmas para la presentación oportuna de informes	Se evidencia correos electrónicos.	CUMPLE	
	Solicitar continuidad al seguimiento del cronograma de informes	Cada líder de proceso mediante correo electrónico se encarga de generar alarmas para la presentación oportuna de informes.	Se evidencia correos electrónicos.	CUMPLE	
Toma de decisiones erradas	Solicitar a los líderes de procesos la actualización permanente de la información necesaria para la toma de decisiones adecuada	Se solicita a los líderes de procesos la información necesaria para la actualización de indicadores e informes de gestión	Se evidencia correos electrónicos con solicitud de información.	CUMPLE	
Perdida de información	Organizar el archivo de la entidad	El líder de gestión documental se encarga de la organización del archivo de la entidad. Gerencia tiene debidamente organizado y foliado en medio físico y magnético el archivo.	Se evidencia en medio físico y magnético los archivos foliados organizados por actividades realizadas y competentes de Gerencia.	CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Orientación de la contratación a favor de terceros ó por amiguismo en la contratación.	Toma de decisiones concertada con el comité de compras de la entidad	Se realiza comité de compras de acuerdo a las necesidades presentadas por la entidad.	Se evidencia actas de comité	CUMPLE	

## GESTION SUBGERENCIA EN SALUD

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de tres (03) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 100% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Presentación inoportuna de informes	Evaluar a la red hospitalaria en oportunidad en la entrega de la información.	Se solicita informe mensual y trimestral a cada Hospital y centro de salud.	Se evidencia correo electrónico con solicitud de informe gestión mensual.	<b>CUMPLE</b>	
	Realizar requerimientos de la información solicitada por medio electrónico ó escrito según se estime conveniente.	Se solicita ya sea por oficio o por circulares enviadas al correo electrónico de los directores o coordinadores de cada sede hospitalaria.	Se evidencia correo electrónico con solicitud de informe gestión mensual.	<b>CUMPLE</b>	
Generación análisis de información de producción por hospital de manera errónea	Reunión con los coordinadores y/o Directores de la red Hospitalaria para análisis de la información.	Se realiza cronograma de reuniones de seguimiento para el análisis de la información suministrada con coordinadores y directores de la red hospitalaria.	Se evidencia acta de comité y reuniones en físico. GIF-FO-006.	<b>CUMPLE</b>	
	Verificación de la información recepcionada de la red Hospitalaria con los datos suministrados por el líder del proceso de sistemas de información.	Se recibe y se hace cruce con los RIPS de facturación para que al momento de hacer la formula sean coherentes. De no ser así se hace devolución de la documentación.	Se evidencia actas de comité de verificación de facturación y resolución 4505.	<b>CUMPLE</b>	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Manipulación de la información por amiguismo ó intereses personales	Solicitud de la gerencia de los soportes adjuntos a los informes generados.	Se envía informes con soportes cuando sea el caso.	Se evidencia correo electrónico con envió de informa.	<b>CUMPLE</b>	

## GESTION PLANEACIÓN

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de dos (02) riesgos, con seis (06) actividades programadas de los cuales solo aplican cuatro (04) actividades para este cuatrimestre, Lográndose un cumplimiento del 100% de las actividades programadas así:



RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Incumplimiento en Planes, programas institucionales	Socializar al personal los planes y programas institucionales	Formulación, aprobación mediante acto administrativo y socialización de los planes o programas.	Se evidencia carpeta con plan anticorrupción y atención al ciudadano, formato de definición de estrategias, resolución de aprobación No. 042 de 2016 del 29 de enero de 2016, correo electrónico de socialización diferentes áreas de la entidad.	CUMPLE	
	Actualizar la plataforma cada vez que sea necesario	Se publican en la página web y cartelera informativas en la sede administrativa y Hospitales y centros de salud adscritos a la entidad.	Se evidencia correo electrónico solicitando al área de sistema la publicación, registro fotográfico de publicación en cartelera informativa y pagina web de la institución.	CUMPLE	
	Actualizar y socializar la herramienta del POA.	Se encuentra en construcción, ya que se está engranando con el plan de desarrollo departamental vigencia 2016-2019, plan de desarrollo institucional y plan de acción.	Se encuentra en construcción.	NO APLICA	
	Realizar seguimiento permanente en el cumplimiento de POA de la institución.			NO APLICA	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Orientación a favor de terceros ó amiguismo en la formulación de los proyectos institucionales	Formulación del proyecto de acuerdo a la normatividad vigente	La oficina de planeación formula el proyecto, reúnen requisitos según instructivos de formulación de proyectos.	Se evidencia carpeta de proyecto con soportes según manual de formulación de proyecto.	CUMPLE	
	Verificación de precios durante la formulación de proyectos	Se realiza estudio de mercado a cada uno de los proyectos formulados.	Se evidencia soportes de cotizaciones de empresas locales.	CUMPLE	

### GESTIÓN DE INFORMACIÓN

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de tres (03) riesgos, con cuatro (04) actividades programadas de los cuales solo aplican tres (03) actividades para este cuatrimestre, con un cumplimiento del 100% de las actividades programadas así:



RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Generación de información errada y no válida	Verificar datos estadísticos vs servicios facturados. Por medio de observaciones realizadas por correos electrónicos a los técnicos estadísticos.	La información es enviada por los Hospitales y Centros de Salud, una vez verificada con facturación, se envía correo electrónico evidenciando los errores encontrados para que sea corregido el error.	Se evidencia actas de comité de asistencia técnica a Hospitales y Centros de salud y correo electrónicos solicitando corrección de la información.	CUMPLE	
No generación de información para toma de decisiones gerenciales según datos estadísticos	Realizar informe de manera trimestral según comportamiento de la producción con base en el perfil epidemiológico.			NO APLICA	Debe hacer las gestiones necesarias para la actualización de perfil con el fin mitigar el riesgo de no generación de información para toma de decisiones gerenciales.
	Realizar notificaciones a la subgerencia de salud las variaciones generadas en la producción de forma mensual según contratación por capitado.	Se envía informe mensual a la Subgerencia en salud las variaciones mensuales.	Se evidencia correo electrónico con informes de gestión respectivo.	CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCIÓN</b>					
Manipulación de la información	Verificar datos estadísticos vs servicios facturados.	Se realizan visitas de auditorías y asistencia técnica mensual.	Se evidencia actas de comité y correo electrónico solicitando información en caso de no asistencia a Hospitales o centros de salud.	CUMPLE	

### PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de seis (06) riesgos, con un cumplimiento del 100% de las actividades programadas así:



Calle 21 No 20 - 14.  
 Parque Central  
 Arauca - Arauca



(7) 885 7915  
 (7) 885 7916



[www.esemorenoyclavijo.gov.co](http://www.esemorenoyclavijo.gov.co)

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
No contratación de las actividades de PYP por parte de las aseguradoras	Entrega oportuna de propuestas de servicios para la renovación de contratos.	La propuesta se hace anual por parte del líder de PyP y este le hace entrega a la subgerente en salud, quien es la encargada de remitirla a las EPS Disco C: CARPETA PYP AÑO: 2016 CARPETA: PROPUESTAS PROPUESTA EPS 2016	Se evidencia propuesta en el equipo de cómputo del profesional PyP. RUTA: DISCO CARPETA PYP AÑO 2016 INFORMES PROPUESTA	CUMPLE	
	Entrega oportuna de informes a las EPS.	Se envía por medio de correo electrónico.	Se evidencia reporte de envío cuya ruta es la siguiente: Disco C: CARPETA PYP AÑO: 2016 INFORMES NOTIFICACIONES EPS	CUMPLE	
	Seguimiento periódico a las actividades de pyp.	Se realiza a través de matriz de programación de actividades de protección específica y detección temprana. Hasta el momento no se cuentan con metas por parte de las EPS por lo que solo se está haciendo seguimiento a las actividades realizadas, donde se verifica que las actividades registradas sean coherentes con la información en los RIPS.	Se evidencia reporte de envío cuya ruta es la siguiente: Disco C: CARPETA PYP AÑO: 2016 MATRICES (carpeta por cada EPS de manera mensual y por municipio).	CUMPLE	
Incumplimiento de las actividades de pyp	Contratación de talento humano exclusivo y necesario para la ejecución de las actividades de P y P.	De acuerdo con las actividades contratadas con las EPS se realizó un estudio del personal requerido por cada Hospital y Centro de Salud.	Se evidencia estudio del personal requerido. Disco C: CARPETA PYP AÑO: 2016 Personal PyP ESTUDIO PERSONAL PyP Se evidencia envío a subgerencia en salud.	CUMPLE	
	Contratación de insumos y equipos para actividades de p y p.	Se realizó estudio para adquisición de micronutrientes, medicamentos anticonceptivos, pruebas rápidas de	Se evidencio estudio el cual se encuentra en carpeta Plan de mejoramiento PyP en físico.	CUMPLE	



		laboratorio para gestantes y adquisición de papelería pre impreso.			
	Auditoria interna a los programas de pyp para verificación en cumplimiento de actividades periódicamente	Semanalmente cada Hospital o Centro de Salud se reúne para verificar que todas las actividades realizadas estén totalmente facturadas y que sean coherentes con lo reportado en la herramienta 4505, pai web y estadística. Las evidencias recolectadas se auditan por la sede administrativa.	Se evidencia soportes soportes RUTA: Disco C: CARPETA PYP AÑO: 2016 AUDITORIA SEGUIMIENTO SEMANAL Y allí encontramos la herramienta por cada hospital.	CUMPLE	
	Realizar comités según periodicidad establecida.	Se realiza un comité en cada cuatrimestre, el primero se realizó en el mes de febrero	Se evidencia soportes Disco C: CARPETA PYP AÑO: 2016 Comités Febrero 2016 Allí se encuentra el acta de comité, el plan de mejoramiento de PyP que se planteó.		
	Realizar seguimiento al cumplimiento de los objetivos del comité de PYP en las unidades asistenciales.	Se registra en el formato de seguimiento de plan de mejoramiento de acuerdo a las fechas programadas.	Se evidencio formato de seguimiento de plan de mejoramiento.	CUMPLE	
Baja captación de gestantes antes de la semana 12	Solicitar al área de laboratorio informar las pacientes o usuarias con positivo de prueba de gravindex	Se informa a la asesora de planeación que esa actividad no es pertinente al cargo de PyP, ya que solo se puede hacer seguimiento a los hospitales sobre el indicador de gestantes captadas durante el primer trimestre.	Se evidencia soportes Disco C: CARPETA PYP AÑO: 2016 Informes Indicadores de gestión	CUMPLE	
	Realizar canalización de las pacientes o usuarias con positivo de prueba de gravindex.			NO APLICA	Se recomienda al líder de planeación que esa actividad no es pertinente al cargo de PyP sino para los Hospitales.
	Inscripción a control prenatal a las embarazadas captadas			NO APLICA	Se recomienda al líder de planeación que esa actividad no es pertinente al cargo de PyP sino para los Hospitales.



Bajo nivel de adherencias a las guías de P y P por parte del personal de salud	Socialización de las guías técnicas de atención de PyP	Se emitió la circular 006 de 2016 donde se les dio a conocer a los hospitales y centros de salud el cronograma de socialización de las guías de atención integral de los programas de protección específica y detección temprana, esta se socializo el 18 de Enero.	Se evidencia planilla de asistencia de socialización por parte de los hospitales y centros de salud. Disco C: CARPETA PYP AÑO: 2016 SOCIALIZACIÓN DE GUIAS Allí se encuentra una carpeta por cada Hospital y centro de salud de cada municipio donde contienen las planillas de asistencia.	CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Orientación para la compra de insumos, materiales y equipos para la ejecución del programa de p y p	Vigilar y supervisar el kardex de medicamentos de los programas de P y P de cada hospital y centro de salud y realizar trazabilidad con las entregas realizadas a los usuarios	Los medicamentos que se les hace seguimiento es Anticonceptivos y micronutrientes, la trazabilidad se hace de acuerdo a la cantidad de insumos suministrados al hospital o centro de salud vs cantidad de insumos entregados a usuarios.	Se evidencia soportes Disco C: CARPETA PYP AÑO: 2016 MATRICES ATENCIÓN DIARIA Anticonceptivos	CUMPLE	
No Facturar los servicios de PyP generados por el área por amiguismo o a favor de terceros	Verificar que las actividades de PyP sean facturadas al 100%	Se compara semanalmente las actividades realizadas vs actividades facturadas.	Se evidencia soportes Disco C: CARPETA PYP AÑO: 2016 MATRICES ACTIVIDADES FACTURADAS	CUMPLE	

## GESTION JURÍDICA

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de cuatro (04) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 66,66% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Incumplimiento de términos	Diseñar una herramienta que permita controlar los términos e instancias de las demandas a favor y en contra de la entidad.	Se maneja cuadro en Excel donde se contemplan todos los asuntos judiciales que tiene la entidad, se realiza control de forma permanente por parte del abogado externo y de forma mensual por parte de la asesora jurídica.	Se evidencia cuadro en Excel en el equipo de cómputo del asesor externo. RUTA: MIS DOCUMENTOS - CARPETA PROCESOS J- CARPETA DEMANDAS ESE - CARPETA	CUMPLE	



No cumplimiento del procedimiento sobre acción de repetición según los lineamientos del decreto 1716 del 2009.	1.Revisar en comité de forma mensual los procesos para iniciar acción de repetición	A la fecha de la auditoria dicha actividad no se realizando		NO CUMPLE	
	2.Realizar informe al comité sobre las acciones de repetición iniciadas.	A la fecha de la auditoria dicha actividad no se realizando		NO CUMPLE	
Inoperatividad de las acciones de repeticiones	Socializar el procedimiento de acción de repetición en comité de conciliaciones.	A la fecha de la auditoria dicha actividad no se realizando		NO CUMPLE	
	Revisar de manera mensual todos los procesos los cuales se debe iniciar el proceso de repetición.	A la fecha de la auditoria dicha actividad no se realizando		NO CUMPLE	
	Iniciar acción de repetición a los procesos a que allá lugar.	A la fecha de la auditoria dicha actividad no se realizando		NO CUMPLE	
Pérdida de documentos o expedientes	Definir mecanismos de control que permitan realizar trazabilidad de las carpetas o expedientes del proceso.	Actualmente el archivo de gestión del proceso de gestión jurídica y contratación maneja archivo en Excel para el control de la contratación celebrada, organizado para las vigencias 2015 y 2016.		CUMPLE	se recomienda realizar foliación de los expedientes ya que no se evidencia este procedimiento, a su vez implementar el formato de inventario de documentos manejado por gestión documental.
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Posible orientación en los pliegos de condiciones	Dar aplicabilidad al manual de contratación	La Contratación de la entidad se celebra de acuerdo a los lineamientos establecidos en el manual de contratación aprobado mediante acto administrativo Nro. 135 del 22 de mayo de 2014.	Se evidencia manual de contratación acto administrativo Nro. 135 del 22 de mayo de 2014.	CUMPLE	
No publicar la contratación en Colombia compra eficiente de manera oportuna	Publicar de manera permanente la contratación celebrada.	El cargue de la contratación celebrada no se está realizando de manera oportuna a la fecha de la auditoria el mes de abril no se ha cargado en su totalidad.		NO CUMPLE	Se recomienda dar aplicabilidad a los lineamientos ene I título X del manual de contratación de la entidad.

## TALENTO HUMANO

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de diez (10) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 50% de las actividades programadas así:



RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Vinculación de personal sin contrato	Elaborar el contrato previa autorización de ejecución de actividades.	Se realiza contratos durante el mes de marzo.	Se evidencia elaboración de contratos extemporáneos, personal nuevo ingresa a realizar actividades sin firmar contrato.	NO CUMPLE	
Demora en la actividad de reclutamiento de médicos y enfermeras.	Crear alianzas estratégicas o convenios que permitan garantizar los profesionales requeridos de manera oportuna.	Se solicita vacante a la UAESA, carga en la página del Ministerio. Otro municipio.	Se evidencia oficio de solicitud de personal al profesional especializado SOGCS de la UAESA.	CUMPLE	
Vinculación de personal sin el lleno de los requisitos para el cargo a desempeñar	Solicitud de soportes completos de las hojas de vida.	Formato de revisión de documentos hoja de vida GTH-FO-011 Versión 1-	Se evidencia documentación incompleta.	NO CUMPLE	
	Verificación de títulos ante las instancias respectivas.	Se solicita mediante oficio a la Universidad la verificación de títulos.	Se evidencia carpeta de archivo con solicitudes de verificación de títulos enviados.	CUMPLE	
Liquidación de nómina de manera incorrecta	Verificación de valores liquidados.	Existe un software contable que liquida la nómina del personal de planta. En caso del personal de prestación de servicios cada supervisor de contrato o director de hospital o supervisor de contrato es responsable de la verificación de los valores liquidados y apoyo a talento humano mensualmente toma tres usuarios de manera aleatoria para verificar los valores liquidados.	Se evidencia utilización de software contable y certificación de supervisión.	CUMPLE	
	Verificación de novedades	Cada director de hospitales y centros de salud es responsable de reportar las novedades al área de talento humano para liquidación.	Se evidencia correo electrónico de novedades.	CUMPLE	



Afilación oportuna de salud, pensión, cesantías y caja de compensación del personal contratado.	Afilación de forma oportuna al personal antes de posesionar en los cargos.	Se realizan las afiliaciones antes de firmar contrato.	Se evidencia soportes de afiliación y se corrobora con FOSYGA	CUMPLE	
	Verificar la vinculación a las entidades de forma oportuna al personal antes de iniciar actividades.	No se vincula personal una vez presente certificado de afiliación expedido por la EPS y Fondo de pensiones.	Se evidencia certificaciones.	CUMPLE	
Información de hojas de vida de los hospitales diferente a las hojas de vida de la sede central	Socializar circular interna de manejo de soportes de hoja de vida.	No se ha proyectado circular de socialización de manejo de soportes de las hojas de vida	No se evidencia ningún soporte	NO CUMPLE	
Pérdida de Hojas de vida y/o de soporte en la Sede central y hospitales y centro de salud.	Disponer un lugar con acceso controlado para el archivo de las hojas de vida y/o historia laboral.	Existe el archivo y se maneja libro radicador para el préstamo de documentación	Se evidencia libro radicador de préstamos de documentos.	CUMPLE	
	Implementar el formato de préstamo de historias laborales.	No se ha implementado formato para préstamo de historias laborales.	Se evidencia libro radicador de préstamos de documentos.	NO CUMPLE	
Incumplimiento de Planes, programas del proceso ( Estímulos e incentivos, bienestar social, inducción, re inducción, capacitación).	Consolidar planes programas al inicio de cada vigencia.	Mediante comité se hizo cronograma de capacitación y bienestar social.	Se evidencia resolución y cronograma de capacitación para aprobación.	NO CUMPLE	
	Gestionar con entidades públicas las capacitaciones y algunas actividades que estas puedan apoyar para el cumplimiento de dichos planes.	No se ha gestionado ante ninguna entidad apoyo para el cumplimiento.	No se evidencia ningún soporte	NO CUMPLE	
	Designar rubro presupuestal para la ejecución de planes, programas	No se ha gestionado ningún recurso ya que esta para aprobación el plan de capacitación e incentivo laboral.	No se evidencia ningún soporte	NO CUMPLE	
Baja aplicabilidad de la normativa en cuanto a la evaluación de desempeño de los servidores de la Entidad	Elaborar y aplicar herramienta para evaluar el desempeño de todos los servidores de la entidad.	Se evidencia una herramienta de evaluación de desempeño, ya que se hace anual y se realizó el mes de noviembre de 2015	No se evidencia ningún soporte	NO CUMPLE	
	Socializar con los funcionarios de la ESE la herramienta de evaluación.	Se evidencia una herramienta de evaluación de desempeño, ya que se hace anual y se realizó el mes de noviembre de 2015	No se evidencia ningún soporte	NO CUMPLE	

RIESGOS DE CORRUPCION					
Expedición certificaciones con información falsa por amiguismo o intereses personales	Verificar certificaciones expedidas acorde a la normativa	Se realiza certificaciones de acuerdo a la norma	Se evidencia carpeta de archivo con soporte de certificaciones solicitadas.	CUMPLE	

## GESTION SALUD OCUPACIONAL

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de seis (06) riesgos de los cuales uno no aplica para este proceso, donde se logró un cumplimiento del 50% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Ocurrencia riesgos profesionales a los funcionarios de la ESE	Levantamiento de la matriz de riesgos ocupacionales por proceso.	La entidad cuenta con una matriz de riesgos ocupacionales al igual que los Hospitales y Centro de Salud.	Se evidencia Manual SG - SST actualizado, se encuentra en revisión para aprobación, socialización e implementación en la entidad.	NO CUMPLE	
	Incluir dentro del plan de trabajo capacitaciones en prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.	Se cuenta con un plan de trabajo con la empresa de riesgos labores aprobados, y en el plan de capacitaciones de la entidad se cuenta con capacitaciones a desarrollar en temas riesgo psicosocial, trabajo en equipo, higiene postural, autocuidado y simulacro sobre evacuación contra incendios.	Se evidencia plan de trabajo y cronograma anual en seguridad y salud en el trabajo	CUMPLE	
	Reactivar el COPASO institucional	Se encuentra activo en todas las sedes de la entidad.	No se evidencia actas de reuniones de COPASO en la entidad ni en los Hospitales y centros de salud.	NO CUMPLE	Se hace necesario hacerle seguimientos a las actas de reuniones a las sedes adscritas a la entidad.
No afiliación oportuna de los funcionarios a la ARL	Gestionar recursos para la compra de Hardware y Software.	no se evidencia gestiones adelantadas		NO APLICA	Se recomienda replantear esta actividad y notificar al proceso de planeación.
	Adquisición de un plan de Internet con mayor velocidad			NO APLICA	Se recomienda replantear esta actividad y notificar al proceso de planeación.

No cubrimiento de los accidentes laborales a los funcionarios de la sede central y red hospitalaria por parte de la ARL	Definir en el cronograma de trabajo con ARL las capacitaciones en reporte de accidentes laborales.	Se cuenta con plan de trabajo aprobado y listas de asistencia de las capacitaciones realizadas en los Hospitales de Arauquita y Esmeralda.	Se evidencia listados de asistencia de capacitaciones realizadas en el primer cuatrimestre del año.	CUMPLE	
Accidente laboral por riesgo biológico	Solicitar a la ARL las reposiciones de los kits	Cada vez que se presenta un accidente se reporta a la ARL y seguidamente se solicita la reposición del KIT	Se evidencia carpeta con reporte de accidentes para la vigencia 2016 y oficios donde se requiere la reposición de los kit en formato GES-FO-007 - versión 01.	CUMPLE	Se recomienda manejar la ley de archivo en cuento a organización, clasificación y foliación de los documentos.
	Auditoria de seguimiento de aplicación de protocolos y guías según normatividad de seguridad en salud.	Se realiza seguimiento cada 3 meses y 6 meses por parte de los hospitales y centros de salud.	No se evidencia soportes de seguimiento.	NO CUMPLE	
No atención de emergencias de manera oportuna	Reactivar comité de emergencias y las brigadas respectivas .	no se evidencia gestiones adelantadas	no se ha cumplido dicha actividad	NO CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Extravío intencional de los botiquines y dotaciones de primeros auxilios en la red Hospitalaria y sede administrativa	Entrega inventariada de botiquines de primeros auxilios administradores de Hospitales y Profesional de Talento Humano de la sede administrativa como directos responsables.	Se realizado seguimiento al estado de los botiquines y se maneja formato para inspección de botiquines y extintores y se realizó capacitación de su uso.	Se evidencia registro fotográfico, listado de asistencia de capacitación y seguimiento del proceso formatos GSO-FO-006 versión 1. GSO-FO-005 versión 1.	CUMPLE	

### GESTION DOCUMENTAL

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de cinco (05) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 60% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Deterioro de documentación archivada.	Realizar diagnóstico institucional de archivo de la entidad y su red Hospitalaria	A la fecha no se cuenta con diagnóstico del archivo de la entidad y red hospitalaria.	Se evidencia registro fotográfico de gestión en la red hospitalaria, allí se evidencia avance e implementación.	NO CUMPLE	



Posible Pérdida y deterioro de historias clínicas	Verificar que los archivos tanto central como por áreas cumpla con las características y condiciones adecuadas.	Se programó visitas de verificación si se tienen las condiciones adecuadas (sitio y recurso humano) para realizar revisión y adecuación del archivo de la red hospitalarias.	Se evidencia registro fotográfico de gestión en la red hospitalaria, allí se evidencia avance e implementación.	CUMPLE	
	Establecer cronograma depuración de historias clínicas.	No se tiene cronograma establecido, porque no se cuenta con los insumos (stands, cajas de archivos).	No se evidencia soportes de verificación.	NO CUMPLE	
Pérdida de memoria Institucional	Crear estrategias que permitan a la entidad la consecución de recursos con el fin de poder cumplir los lineamientos establecidos por el AGN.	Se hizo requerimiento a la Subgerencia administrativa y financiera de los materiales necesarios para la adecuación del archivo de la sede central y red hospitalaria.	Se evidencia proceso contractual No. 01-010-2106 para la compra de material de archivo.	CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Posible quebranto a la custodia, confidencialidad de las historias clínicas de los pacientes a solicitud de terceros o intereses personales.	Capacitación al personal asistencial en manejo y custodia de las Historias clínicas y documentos médico legales.	Está en implementación de las TRD en la red hospitalaria.	No se evidencia soportes	NO CUMPLE	
	Diseñar mecanismos en la red Hospitalaria que permitan restringir y controlar el acceso a las historias clínicas.	Existe un proceso e indicadores de gestión establecido, allí se validan los requisitos deben cumplir los interesados para poder acceder a las historias clínicas.	Se evidencia formato de registro de solicitudes mensuales. Se especifica quien lo solicita y emotivo.	CUMPLE	
Extracción intencional de folio de carpetas favoreciendo o perjudicando a funcionarios de la ESE por amiguismo o intereses personales	Crear estrategias que permitan a la entidad la consecución de recursos con el fin de poder cumplir los lineamientos establecidos por el AGN.	Se encuentra en curso proceso de compra de insumos necesarios para adecuación	Se evidencia proceso contractual No. 01-010-2106 para la compra de material de archivo.	CUMPLE	

## GESTIÓN DE CALIDAD

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de dos (02) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 100% de las actividades programadas así:



RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Incumplimiento de las auditorías del sistema de gestión de calidad para la vigencia.	Confirmar con líderes de procesos las fechas programas.	Para dar cumplimiento a la NTC GP 1000 se programaron capacitaciones y auditorías internas de gestión de calidad anual con cada área de los Hospitales y centros de salud adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Se evidencia correo electrónico de programación de auditoría con fecha 15 de Abril a los centros de salud de Puerto Jordán y Panamá de Arauca. Formatos utilizados durante la auditoría GIC-FO-04 y GIC-FO-012 y los informes de auditoría con los hallazgos y recomendaciones para plantear el plan de mejoramiento.	<b>CUMPLE</b>	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Omisión de hallazgos al auditar los procesos por amiguismo	Socializar los resultados de las auditorías del sistema integrado de gestión al comité coordinador de control Interno.	Se realizaron auditorías de gestión a tres centros de salud y se socializaron los hallazgos y recomendaciones con Control Interno y Gestión estratégica de la entidad.	Se evidencia correo electrónico con informe de auditoría donde se evidencia los hallazgos.	<b>CUMPLE</b>	

### GESTION GARANTÍA DE CALIDAD

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de tres (03) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 66,66% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Incumplimiento de las características y componentes del SOGC	Establecer cronograma de socialización de la documentación para cada una de las sedes.	Cronograma de socialización establecido, en el Centro de Salud de Panamá de Arauca y Puerto Jordán los días 18 y 19	Se evidencia listado de asistencia e informe de gestión.	<b>CUMPLE</b>	
	Definición del PAMEC para la vigencia del 2016.	Se priorizaron las actividades para implementarse a partir del mes de Mayo.	Se evidencia el plan de auditoría. RUTA: ESCRITORIO PAMEC 2016	<b>CUMPLE</b>	
	Revisión periódica de los estándares de Habilitación en las sedes de la red Hospitalaria.	Se realizó visita a los centros de salud de Puerto Jordán y Panamá de Arauca.	Se evidencia listado de asistencia e informe de gestión.	<b>CUMPLE</b>	





	Actualización de la REPS según necesidad.	El 19 de Enero se realizó autoevaluación de cada Hospital y Centro de Salud ante el REPS para la habilitación de servicios.	Se evidencia de autoevaluación y habilitación.	CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
No presentación oportuna de autoevaluación y novedades en la prestación de servicios para favorecimiento de intereses de particulares	Presentación oportuna de la información ante la Unidad Administrativa.	Se realizó el registro especial de prestadores de servicios de salud ante el Ministerio de Salud.	Se evidencia registro en la plataforma habilitada por el Ministerio de Salud dentro de los tiempos establecidos.	CUMPLE	
	Incluir la fecha de entrega del informe en el tablero de control de seguimiento a cargo de la oficina de sistemas, para envío de alamas.	Se realizó el registro en la fecha establecida.	Se evidencia registro en la plataforma habilitada por el Ministerio de Salud.	CUMPLE	
No Aplicación de los lineamientos establecidos del Programa de Seguridad del Paciente en la entidad.	Adoptar la política de seguridad del paciente para la entidad.	Se realiza seguimiento de riesgo a través de reporte de eventos adversos.	Se evidencia registros de reportes de incidentes y eventos adversos.	CUMPLE	
	Definir programa de Seguridad del Paciente.	Se implementó y socializo el año 2015, se le está haciendo seguimiento.	No se evidencia fuente de verificación a la actividad.	NO CUMPLE	
	Socializar política de seguridad del paciente.	Se socializo en el año 2015. No se tiene programada ninguna actividad para el 2016.	No se evidencia fuente de verificación a la actividad.	NO CUMPLE	
	Plan de Capacitación de seguridad del paciente.	Se realizó en el año 2015. No se tiene programada ninguna actividad para el 2016.	No se evidencia fuente de verificación a la actividad.	NO CUMPLE	

## GESTIÓN AMBIENTAL

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de tres (03) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 66,66% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Incumplimiento de los PGIRS de la Red Hospitalaria.	Poner en funcionamiento el Comité Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitario, el cual fue creado por la resolución 056 de 2014.	Comité macro no se ha puesto en funcionamiento, pero a nivel Hospitales y centros de salud se realiza de manera mensual.	Se evidencia envío por medio de correos electrónicos y actas de comité de cada uno de los Hospitales y Centros de Salud. RUTA: DISCO C COMITÉ DE GESTIÓN	CUMPLE	

	Presentación de un plan de necesidades para la adecuada implementación de los PGIRHS	Se solicitó a cada uno de los hospitales y centros de salud reportar las necesidades para el primer cuatrimestre, luego se hace proyección para el plan de compras y quede establecido para la vigencia 2016.	Se evidencia correo electrónico enviado por la oficina de planeación a los Hospitales y Centros de Salud solicitando información de las necesidades anuales.	CUMPLE	
	Actualizar y ejecutar anualmente el cronograma de trabajo del PGIRHS de la red Hospitalaria.	Cronograma de trabajo para el fortalecimiento de los procesos ambientales.	No se evidencia acciones realizadas.	NO CUMPLE	
	Desarrollar y ejecutar capacitaciones impartidas por el subproceso de gestión ambiental al personal de la red hospitalaria.	Cronograma de trabajo anual para el fortalecimiento de los procesos ambientales.	Se evidencia listados de asistencias, registro fotográfico y folletos de capacitación.	CUMPLE	
	Capacitación sobre las rutas de transporte de residuos hospitalarios.	Cronograma de trabajo anual para el fortalecimiento de los procesos ambientales.	Se evidencia listados de asistencias, registro fotográfico y folletos de capacitación.	CUMPLE	
	Cumplir las normas indicadas en el manual de bioseguridad y en el documento PGIRHS de la entidad.	Se ha realizado entrega de dotación de elementos de protección al personal de servicios generales de cada hospital y centro de salud adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	Se evidencia actas y registro fotográfico de la entrega de la dotación	CUMPLE	
	Verificar el consumo de los insumos requeridos para la limpieza y desinfección de Hospitales y Centros de Salud adscritos a la entidad de manera cuatrimestral.	De manera mensual se solicita Kardex de consumo.	Se evidencia correo electrónico de envío de formato de necesidades, entradas y salidas de almacén y requisición de aseo.	CUMPLE	No se corrobora información enviada en formatos de requerimientos de aseo.
Posible sanciones por los entes de control	Dar cumplimiento de los PGIRHS a red hospitalaria de la entidad.	Se realiza informes de gestión del plan integral de residuos hospitalarios y sus indicadores.	Se evidencia correo electrónico de envío a la Gerencia y Subgerencia Administrativa con fecha 19 de Abril.	CUMPLE	
	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento internos y externos a que hayan lugar	No se encuentran establecidos planes de mejoramiento.		NO APLICA	
<b>RIESGOS DE CORRUPCIÓN</b>					
Posible pérdida de los insumos de aseo.	Verificar el consumo de los insumos requeridos para la limpieza y desinfección de Hospitales y Centros de Salud adscritos a la entidad de manera cuatrimestral.	Programar visitas de auditoria de verificación de consumo.	No se han establecido visitas.	NO CUMPLE	

## GESTION AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de tres (03) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 66,66% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Incumplimiento en la oportunidad de respuesta a glosas	Realizar las respuestas reiteradamente por medio de varios medios de comunicación (correo electrónico, llamadas u oficios).	Se presentan respuestas a cada una de las entidades responsables de pago.	Se evidencia archivos con soportes respuestas de glosa.	CUMPLE	
	Cumplimiento entre los tiempos de respuesta.	Se presentan las respuestas de acuerdo a los términos contemplados en la Resolución 3047 de 2008 y Ley 1438 de 2011.	Se evidencia documentos donde se mira fechas de recibido donde se evidencia cumplimiento dentro del plazo de respuesta.	CUMPLE	
Perdida de información Archivos digitales	Realizar copias de seguridad de manera frecuente.	Se solicita al área de sistemas copia de seguridad.	Se evidencia correo electrónico de solicitud de back up.	CUMPLE	
Bajo porcentaje de cumplimiento en las conciliaciones programadas	Reprogramar citas de conciliación.	Se han realizado conciliaciones de acuerdo a los cronogramas establecidos.	Se evidencia en medio físico las actas de conciliaciones con las diferentes ERP.	CUMPLE	
	Solicitar citas una vez se encuentren las actas de depuración de cartera Formalizadas	Una vez recibida la comunicación por el área de cartera (anexos acta y depuración de cartera), se solicita citas de conciliación con ERP.	Se evidencia correo electrónico con información solicitada al área de cartera.	CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
No dar respuesta a Glosas de manera temprana y no realización de conciliaciones con la finalidad de demorar el pago de la dineros de la entidad, para favorecer a empresa contratante	Dar respuesta a glosas de manera rápida y gestionar fechas de conciliaciones con las entidades contratantes o que adeuden dineros a la entidad por concepto de servicios de salud prestados	Se presentan respuestas a cada una de las entidades responsables de pago. Dentro de los términos contemplados en la normatividad vigente.	Se evidencia archivos con soportes respuestas de glosa.	CUMPLE	

Manipulación de los porcentajes de conciliación a favor de intereses personales o particulares (Corrupción)	Seguimiento a conciliación.	Se realizan conciliaciones de manera legal, con el fin de garantizar y optimizar recursos de la entidad.	Se evidencia conciliaciones con respectivos soportes de saneamiento de las glosas (archivo físico área financiera).	CUMPLE	
	Justificación técnica de la glosa final a la subgerencia administrativa.	Se realizan informes de gestión y actas. Estas son enviadas al área de cartera y Subgerencia Administrativa y financiera de la entidad.	Se evidencia correo electrónico con informes enviados.	CUMPLE	

### GESTIÓN ALMACEN Y RECURSOS FISICOS

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de doce (12) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 58,33% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Desactualización de inventarios (no se obtienen en tiempo real)	Realizar gestión a las instancias que correspondan dentro de la institución para solicitar software que permita la interconexión en red para el manejo de inventarios en tiempo real.			NO APLICA	Replantear actividad y notificar al proceso de Gestión de planeación para el respectivo ajuste.
	Solicitar que cada vez que se realice un traslado o préstamo de equipos entre los hospitales y centros de salud, se solicite permiso de traslado de estos equipos para así mismo realizar el traslado en los inventarios a cargo de los que intervienen en la gestión	En la vigencia 2016 no se han realizado traslados de equipos entre sedes.	Se evidencia formato de entregas, traslados o préstamos de equipos GAL-FO-008 - VERSION 2.	CUMPLE	
Adquisiciones no contempladas en el plan de compras	Realizar el respectivo plan de compras, de acuerdo a las necesidades reales de institución.	Para la vigencia 2016 se elaboró y aprobó plan de compras.	Se evidencia resolución Nro. 015 del 5 de enero de 2016.	CUMPLE	
	Definir tiempos para la solicitud de insumos e implementos de aseo con anterioridad.	Se maneja mediante cronograma el cual fue reportado a las sedes de la entidad.	Se evidencia correo electrónico de solicitud de implementos de aseo por parte de la red hospitalaria.	CUMPLE	

Registro errado de los ingresos a almacén	La entrega de insumos se hará con disponibilidad de horarios de acuerdo a las necesidades presentadas.	No se evidencia soporte ya que no se ha establecido horario de atención.		NO CUMPLE	
	Capacitar al personal	No se han realizado capacitaciones.	No se evidencia soportes.	NO CUMPLE	Replantear actividad y remitir ajustes al proceso de gestión de planeación.
El no ingreso a almacén de todas las compras que se realicen en la entidad	Seguimiento al funcionario encargado de la entrada a almacén.	Se realiza mediante soporte de entrada a almacén vs contratación celebrada.	Se evidencia contratos celebrados y formato de entrada de insumos.	CUMPLE	Se recomienda ajustar dicho formato y autorizar por calidad.
	Dejar registro de compra cuando esta es extemporánea	No se evidencia compras realizadas de manera extemporánea, dichas compras están sujetas a los recursos manejados por presupuesto.		NO APLICA	
Acumulación de bienes, equipos inservibles	Actualizar el estado de todos los inservibles de la institución.	Para la vigencia 2015 se contrató con firma externa la realización de esta actividad.	Contrato de consultoría Nro. 08 - 001 de 2015 por seis (06) meses y ampliación de plazo de sesenta (60) días. A fecha 30 de Abril se encuentra suspendido.	NO CUMPLE	
Incumplimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos industriales y zonas verdes.	Elaboración y cumplimiento de los planes de compra.	Se elaboró plan de compras vigencia 2016.	Se evidencia resolución Nro. 015 del 5 de enero de 2016 y se implementó el plan de mantenimiento bajo resolución No. 036 del 20 de enero de 2016.	CUMPLE	
Compra de medicamentos con sobre costos	Realizar evaluaciones en tiempos adecuados, retroalimentación con el proveedor y con las sedes hospitalarias que reportaron inconformidades frente a los Insumos, DM, y Medicamentos Formatos Adecuados	Se realiza certificación de precios vigencia 2016	Se evidencia formato en carpeta de proceso contractual.	CUMPLE	Se recomienda implementar
Incumplimiento del Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de equipos biomédicos	Ajustar el plan de mantenimiento preventivo acorde al horario disponible en cada uno de los servicios de la red hospitalaria.	Se elaboró plan de compras vigencia 2016.	Se evidencia resolución Nro. 015 del 5 de enero de 2016 y se implementó el plan de mantenimiento bajo resolución No. 036 del 20 de enero de 2016.	CUMPLE	



Deterioro de los equipos biomédicos	Capacitaciones a funcionarios del manejo de la manipulación de los equipos	Se planteó cronograma de capacitación para los funcionarios que intervienen en la manipulación de los equipos biomédicos.	Se evidencia formato para asistencia de capacitación o re inducción.	NO CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Recibo de pedidos a los proveedores sin cumplir con el lleno de los requisitos exigidos en términos de calidad, cantidad, forma, fechas de vencimiento en caso de los medicamentos favoreciendo intereses personales o por amiguismo	Verificación de facturas contra entrega.	Se maneja el recibo de los insumos teniendo en cuenta la información contemplada en el contrato vs factura y posterior a esto se elabora la entrada a almacén.	Se evidencia contrato de compraventa Nro. 01-009 de insumos para el PGIRHS de fecha 23 de febrero de 2016.	CUMPLE	
	Reporte de inconformidades de las ordenes de facturas a la Subgerencia Administrativa.	A la fecha no se han presentado inconformidades relacionadas con la facturas generadas.		NO APLICA	
bajo nivel de seguridad en las instalaciones	Capacitación a personal de vigilancia.	No existe cronograma de capacitación de manipulación de equipos biomédicos.	No se evidencia soportes.	NO CUMPLE	
Colocar repuestos de baja calidad de los equipos para beneficio propio	Continuar aplicando los controles existentes y sugeridos por el supervisor del contrato.		No existe soporte de verificación	NO CUMPLE	

## GESTION PRESUPUESTO

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de seis (06) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 83,33% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Inapropiada estimación del presupuesto	Recopilar información histórica	Se proyecta presupuesto sobre comportamiento histórico de ingresos según los anexos técnicos del acuerdo 028 de 2015 del 30 de Octubre de 2015 para vigencia 2016.	Se evidencia copia de acuerdo y anexos técnicos.	CUMPLE	
	Corroborar los datos antes de certificar en cada una de las áreas.	Cada área certifica el comportamiento histórico del presupuesto	Se evidencia copia de acuerdo y anexos técnicos.	CUMPLE	

Falla en la codificación del presupuesto	Revisión previa y verificación de los actos administrativos	Se hace auditoria previa por parte de la Subgerencia administrativa y financiera en base al plan de cuentas aprobados y para rubros nuevos se hace igualmente la verificación.	Se evidencia copia de acuerdo y anexos técnicos.	CUMPLE	
Registro inadecuado de movimientos presupuestales en cada una de sus fases	Verificación de la modificación	Una vez que se generan las modificaciones al presupuesto son verificadas por el líder del proceso, previo a la confirmación del documento.	Se evidencio software dinámica gerencial.	CUMPLE	
Pérdida de documentación del área de presupuesto	Dar aplicabilidad a la normativa de archivo.	No se han actualizado las tablas de retención, por lo que se está manejando un libro radicador de los que sale y lo que entra.	Se evidencia manejo de libro radicador.	NO CUMPLE	
	Creación de mecanismo de control para préstamo de documentos	No se han actualizado las tablas de retención, por lo que se está manejando un libro radicador de los que sale y lo que entra.	Se evidencia manejo de libro radicador.	NO CUMPLE	
Registro doble por Interfax pagos, tesorería o por error de digitación	Corroborar información con el área de tesorería. auditoria diaria y generación de notas presupuestales	Se efectúa mensualmente previo al cierre auditoria a los registros de tesorería para verificar cruces de información.	Se evidencia el informe y reporte del cruce de conciliaciones.	CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Errores en la ejecución presupuestal al efectuar gastos sin disponibilidad presupuestal	Asignar disponibilidad presupuestal a los gastos a realizar	Se verifica con apoyo de la subgerencia administrativa que la entidad no esté generando gastos sin la respectiva respaldo presupuestal así todos los gastos registrados en presupuestos y en el evento de no existir recurso se informa a la Gerencia para subsanar dicho error.	Se revisó contrato de prestación de servicio 03-006-2016 y se evidencio soporte de Disponibilidad y registro presupuestal.	CUMPLE	

### GESTION FACTURACIÓN

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de cinco (05) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 50% de las actividades programadas así:



RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
No Presentación de la Facturación (Facturas y RIPS) de forma Oportuna.	Evaluar los servicios del proveedor del correo.	Verificar las guías que se estén diligenciando y se levanta un acta de conciliación con cartera.	Se evidencia físico de las actas de conciliación de manera mensual	CUMPLE	
	Seguimiento a la facturación generada por Hospitales y centros de salud	Se hace seguimiento por medio de los informes de facturación enviados por los Hospitales y centros de salud.	Se evidencia informes de conciliación y facturas en físico. Mes vencido.	CUMPLE	
Inoportuna generación del total de la facturación de servicios de salud contratados.	Realizar auditorías permanentes a la facturación de la red hospitalaria	Se programaron auditorías por partes de directores	No se han implementado, está en el proceso de implementación de la lista de chequeo aprobada por gestión de calidad. Código: GFA-FO-018	NO CUMPLE	
	Implementar auditorías al proceso de facturación de la red hospitalaria.	Se programaron auditorías por partes de directores con formato de lista de chequeo.	No se han implementado, está en el proceso de implementación de la lista de chequeo aprobada por gestión de calidad. Código: GFA-FO-018	NO CUMPLE	
Aumento de Glosas	Seguimiento a las auditorías permanentes a la facturación de la red hospitalaria.	Construcción de formato para seguimiento de auditorías. Facturador, coordinador y director de Hospital o centro de salud.	Se está construyendo documento de seguimiento para auditorías permanentes. Se evidencia actas de comité en físico.	NO CUMPLE	
	Realizar auditorías al coordinador de facturación del cumplimiento de los requisitos de las facturas según normatividad.	Los coordinadores de cada hospital y centro de salud le realizan auditoría a los facturadores sobre las facturas generadas	Se está construyendo documento de seguimiento para auditorías permanentes. Se evidencia actas de comité en físico.	NO CUMPLE	
	Soportar las facturas con los requisitos de la normatividad vigente.	Los facturadores al momento de hacer la factura deben soportar los requisitos de la normatividad vigente.	No se evidencia soportes de verificación.	NO CUMPLE	
	Seguimiento a la reincidencia del no soporte de factura.	No se ha acciones o estrategias para hacerle seguimiento a los facturadores que más comenten ese error.	No se ha establecido formato para verificar y hacerle seguimiento a los facturadores que más comenten ese error.	NO CUMPLE	
	Toma de decisiones o acciones con los facturadores reincidentes.			NO APLICA	Replantear actividad y remitir ajustes al proceso de gestión de planeación.





Posible pérdida de las cuentas de cobro enviadas a las diferentes EPS.	Diligenciar planilla de envío de cuentas de cobro.	No se ha establecido formato para diligenciar planilla de envío de cuenta de cobro	No se ha establecido formato para diligenciar planilla de envío de cuenta de cobro	NO CUMPLE	
	Confirmar el envío con el destinatario.	Se confirman con No. De envíos confirmados y actas de conciliación con cartera.	Actas de conciliación con cartera.	CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Pérdida del efectivo de ventas particulares y otros servicios.	Realizar registro de las atenciones a particulares.	Se solicita a los Hospitales y centros de salud el arqueo de caja de manera diaria.	Se evidencia acta de arqueo de caja diario por parte de los Hospitales y centros de salud. RUTA: ESCRITORIO DEPARTAMENTAL DE FACTURACIÓN 2016 POA 2016 PARTICULARES 2016 MUNICIPIOS	CUMPLE	
	Efectuar las consignaciones bancarias frecuentemente.	Se solicita informe de movimiento de caja sobre la facturación a particulares y soportes de consignación	Se evidencia relación de facturación y copia de consignación. RUTA: ESCRITORIO DEPARTAMENTAL DE FACTURACIÓN 2016 POA 2016 PARTICULARES 2016 MUNICIPIOS	CUMPLE	
	Realizar periódicamente arqueos de caja.	Se solicita a los Hospitales y centros de salud el arqueo de caja de manera diaria.	Se evidencia acta de arqueo de caja diario por parte de los Hospitales y centros de salud. RUTA: ESCRITORIO DEPARTAMENTAL DE FACTURACIÓN 2016 POA 2016 PARTICULARES 2016 MUNICIPIOS	CUMPLE	
	Seguimiento de las consignaciones y recaudo por conceptos de ventas particulares y otros servicios	Se solicita a los Hospitales y centros de salud el arqueo de caja de manera diaria.	Se evidencia acta de arqueo de caja diario por parte de los Hospitales y centros de salud. RUTA: ESCRITORIO DEPARTAMENTAL DE FACTURACIÓN 2016 POA 2016 PARTICULARES 2016 MUNICIPIOS	CUMPLE	

## GESTIÓN CONTABLE

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de cinco (05) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 100% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Carencia o falta de idoneidad del documento soporte	Revisión de la información por parte de las áreas a cargo de verificar los soportes anexos antes de ser esta registrada contablemente.	Se registra hoja de ruta para chequeo de procedimientos de pago.	Se evidencia lista de chequeo utilizada por la oficina de Jurídica. Este formato no está aprobado por la gestión de calidad.	CUMPLE	
	Seguimientos con auditorías de Control Interno, definición de procedimientos con puntos de control donde se establezca responsabilidad.	Control Interno establece de manera mensual el cronograma de auditoría de informes.	Se evidencia correo electrónico de información solicitada.	CUMPLE	
Hechos ocurridos sin registro contable	Coordinar con el área cartera para que envíe semanalmente el estado de cartera actualizado al área de contabilidad .	Se estableció en comité contable que la revisión y conciliación de los saldos de cartera vs contabilidad serían de manera mensual para lo cual se delegó a profesional para esta actividad.	Se evidencia mediante acta que se han realizado dos (02) comités de sostenibilidad contable donde se asignan responsabilidades para el proceso de saneamiento contable.	CUMPLE	
	Dar aplicabilidad a las doctrina del 2 de abril de 2012 de la Contaduría General de la Nación.			NO APLICA	Replantear actividad y remitir ajustes al proceso de gestión de planeación.
Generación de información contable no confiable	Depuración de Inventarios., aprobación de fichas contables	Se realizó reunión donde se socializó la ejecución del Contrato de Consultoría No. Se decidió que el área contable iba analizar el impacto patrimonial que tendría dar de baja los activos inservibles.	Se evidenció informe de ejecución de contrato de consultoría y se solicitó al área de almacén los bienes entregados por IDESA.	CUMPLE	
	Designación de un funcionario a cargo del saneamiento contable.	Se cuenta con dos (02) profesionales haciendo saneamiento contable.	Se evidencia con la oficina de talento humano que el personal asignado cuenta con contrato de prestación hasta el 31 de Julio de 2016.	CUMPLE	
Rendición inoportuna de la información financiera y contable de la	Seguimiento al cronograma de presentación y validación de información.	Se realiza seguimiento a los cronogramas de informes entregados a los entes de control.	Se evidencia envío de informes de gestión dentro del tiempo establecido.	NO APLICA	Replantear actividad y remitir ajustes al proceso de gestión de planeación.

entidad según requerimientos de órganos de control y vigilancia.	Desconocimiento en el manejo de las plataformas en las que hay subir la información.			NO APLICA	Replantear actividad y remitir ajustes al proceso de gestión de planeación.
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Exigir a beneficio personal a proveedores o a contratistas favores por agilizar la causación de las cuentas a su nombre.	Resocialización de valores y principios institucionales.			NO APLICA	Replantear actividad y remitir ajustes al proceso de gestión de planeación.

## TESORERIA

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de siete (05) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 78,57% de las actividades programadas así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
<b>RIESGOS ADMINISTRATIVOS</b>					
Error en el pago de cuentas en mayor o menor cuantía	Supervisar la digitación de giros y transferencias de fondos.	Cuando llegan las cuentas al subproceso se revisa si el giro se debe hacer por recursos de proyectos o recursos propios, se realiza comprobante de egreso afectando los libros contables de la entidad y luego se realiza el pago en bancos o en cheque.	Se evidencia egresos generados en el sistema de la entidad.	CUMPLE	
	Hacer cumplir el horario para la atención al público.	No se cuenta con horario establecido para la atención del público.		NO CUMPLE	
Pago de una obligación doblemente	Hacer efectivos los controles existentes.	Se verifica el tipo de recurso y se genera el pago en cheque o giro electrónico.	Se evidencia egreso en medio físico y egresos generados en medio electrónicos.	CUMPLE	
Ingresos sin identificar.	Solicitar de inmediato al área de cartera la identificación del ingreso.	Dicha actividad se está realizando, pero a la fecha se mantienen los ingresos por identificar, Estos se envían a cartera para que sean identificados una vez identificado se registran en libros.	Se evidencia correo electrónico a cartera con listado de ingresos para la respectiva identificación y luego ingresarlos al software dinámica gerencial.	CUMPLE	
La información registrada en libros de bancos (Sistemas) no sea veraz acorde a la	Pedir extractos bancarios en el tiempo establecido a los bancos.	Dicha actividad se realiza de manera mensual dentro de los diez primeros días de cada mes, los cuales son entregados al subproceso de contabilidad.	Se evidencia extractos bancarios y conciliaciones realizadas.	CUMPLE	

realidad financiera de la entidad.	Seguimiento oportuno al área encargada de las conciliaciones.	Las conciliaciones son realizadas de manera mensual por el subproceso de contabilidad y los ajustes se realizan en el subproceso de tesorería.	Se evidencia extractos bancarios y conciliaciones realizadas.	CUMPLE	
Pago inoportuno de descuentos de ley.	Definir fechas de recibo y entrega de nómina debidamente liquidada.	La nómina se está pagando dentro de los diez primeros días de cada mes.	Se evidencia procedimiento generado en el sistema y egresos de pago.	CUMPLE	
Perdida de documentación y de soportes	Depurar el archivo.	Está en proceso de depuración, organización y clasificación se envió para la bodega del Hospital San Ricardo Pampuri. En tesorería se evidencia documentación desde la vigencia 2013 a la fecha.	Se evidencia archivo depurado a vigencia 2012.	NO CUMPLE	
	Adecuar un espacio para el archivo de tesorería.	El subproceso de tesorería no cuenta con espacio físico suficiente para el manejo de archivo de gestión e histórico de acuerdo a lo estipulado por el AGN.	No se evidencia servicios.	NO CUMPLE	
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>					
Pago de cuentas sin respetar el orden de llegada a favor de terceros o amiguismo.	Confrontar el listado de pagos del mes, verificando si este se ha hecho.	Los pagos son realizados en primera instancia el personal de nómina y orden de prestación de servicios, y los proveedores se van pagando de acuerdo a la verificación del recurso.	Se evidencia egresos de pago de personal por orden de prestación de servicios, nómina y proveedores del mes de marzo de 2015.	CUMPLE	

## ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO

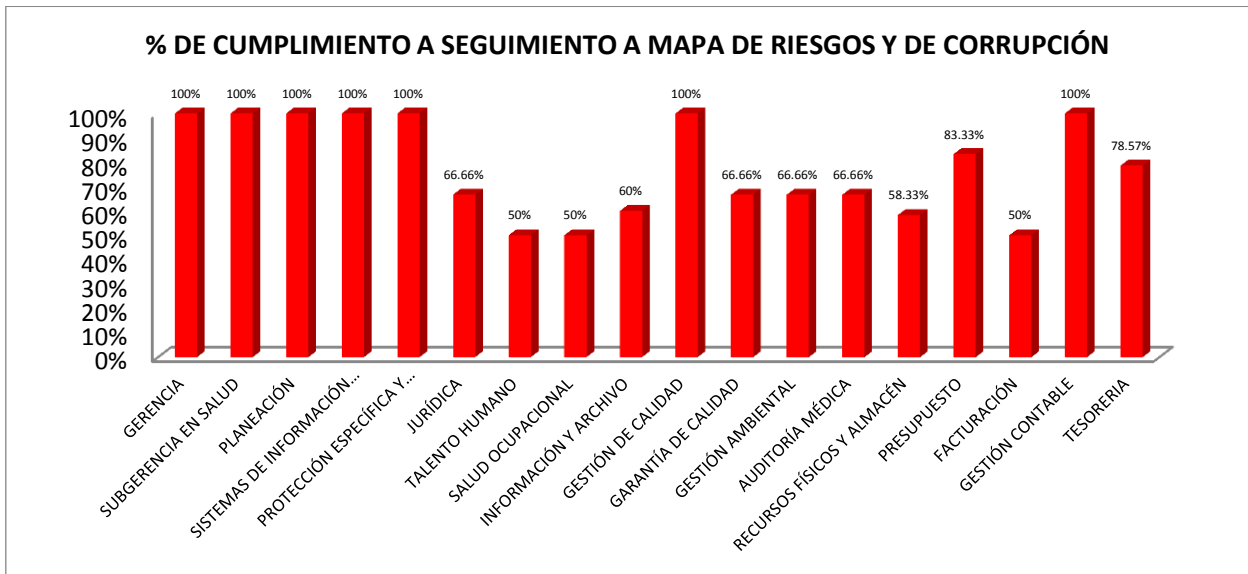
La entidad cumplió con el seguimiento al Mapa de Riesgos administrativos y de corrupción de los procesos y subprocesos de apoyo, direccionamiento y evaluación a corte a 30 de Abril de 2016, realizándose el primer (1) seguimiento de la vigencia, de acuerdo a los lineamientos y tiempos establecidos en la norma, concluyéndose lo siguiente:

1. Se obtuvo un cumplimiento global del 90% en cuanto al desarrollo y ejecución de las auditorías programadas, toda vez que se realizó programación para veinte (20) procesos y subprocesos, lográndose la realización de la auditoría a satisfacción en 18 de estos.
2. Se logró un cumplimiento del 100% en siete (7) procesos y subprocesos auditados, aportando de esta forma a mitigar los riesgos identificados para el normal desarrollo y funcionamiento de las actividades de cada proceso y subproceso de la entidad. (Ver grafica).
3. En siete (7) procesos auditados se evidencia un cumplimiento mayor o igual al 60%, para los cuales se hacen necesario establecer acciones de mejora. (Ver Grafica).



4. Los procesos y subprocesos como Gestión talento humano, almacén y recursos físicos, salud ocupacional y facturación, el porcentaje de cumplimiento estuvo entre 50% y 59.9%, siendo estos los resultados más bajos de acuerdo a la medición realizada por esta oficina.(ver grafica).

5. Para el proceso de Subgerencia Administrativa y Financiera y el subproceso de Cartera no se realizaron las auditorias teniendo en cuenta que para la fecha de programación se encontraban desarrollando actividades propias de su cargo.



## RECOMENDACIONES

De acuerdo al procedimiento de auditoría realizado al Mapa de riesgos administrativo y de corrupción de los procesos y subprocesos de apoyo, direccionamiento y evaluación, se presentan las siguientes recomendaciones:

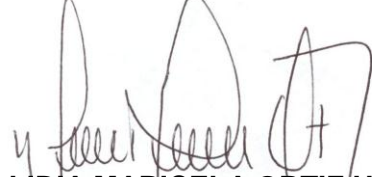
1. Contar con la disponibilidad del tiempo necesario para la atención de las auditorías programadas con anterioridad y a su vez tener preparada, organizada y disponible la información y evidencias que soporten las gestiones adelantadas por el personal líder de procesos y subprocesos.
2. Dar continuidad a la aplicación de las acciones programadas para contribuir a mitigar los riesgos existentes en cada proceso o subproceso que conforman la entidad.
3. Realizar socializaciones de forma periódica a la documentación de los procesos y subprocesos como caracterización, manual de procesos y procedimientos, guías, protocolos y formatos, con el fin de aportar al proceso de evolución del sistema integrado de gestión de la entidad.
4. Realizar de manera periódica evaluaciones a la adherencia de la documentación de los procesos y subprocesos de la entidad, aportando al mejoramiento continuo y a la satisfacción de los usuarios que requieren los servicios prestados por la entidad.
5. Dejar soportes técnicos de listas de asistencia, registro fotográfico, material didáctico utilizado en el desarrollo de las capacitaciones y socializaciones realizadas por los procesos y subprocesos de la entidad, anexándose al expediente que corresponda.
6. Se hace necesario que los procesos y subprocesos de la entidad realicen los ajustes pertinentes a los riesgos identificados y/o acciones programadas con el fin de que estos estén acordes con las actividades desarrolladas en los mismos.
7. Se recomienda realizar las socializaciones y resocializaciones de los diferentes manuales, protocolos y guías de los diferentes procesos y subprocesos de la red hospitalaria, con el objeto de dar cumplimiento y actualizar dicha información.
8. Realizar revisiones permanentes a las herramientas de seguimiento y medición establecidas por la entidad, lo cual aporta a la cultura de autocontrol y autoevaluación de los procesos y subprocesos de la entidad.
9. Se debe realizar copia o Backups de la información correspondiente a los soportes técnicos manejados por medio electrónico y/o magnético como mecanismo de preservación de la información, garantizando la permanencia de la información que se genere.



10. Se recomienda utilizar los formatos del sistema integrado de gestión teniendo en cuenta la aprobación y versión en cada uno de los procesos y subprocesos de la red hospitalaria.
11. Se recomienda aplicar la ley 594/2000 (ley general de archivo) y demás norma aplicable ya que se evidencia el desarrollo de acciones las cuales no se encuentran soportadas técnicamente, la aplicación de esta normatividad contribuirá a organizar los archivos de gestión a su vez a mantener los soportes necesarios para dar cumplimiento a dichas herramientas exigidas por la norma.

Debemos tener en cuenta que realizando la valoración del riesgo le permite a la entidad emprender acciones inmediatas de respuesta ante ellos a través del diseño de políticas y la aplicación de acciones tendientes a evitar, reducir y transferir los riesgos presentados en los diferentes procesos y subprocesos de la entidad.

Atentamente,



**LIDIA MARICELA ORTIZ HERNÁNDEZ**  
Asesora de Control Interno  
Gestión Integral de Control

Elaboro y Dígito: Juan José Cruz Mejía  
Aprobó: Lidia Maricela Ortiz Hernández



Calle 21 No 20 - 14.  
Parque Central  
Arauca - Arauca



(7) 885 7915  
(7) 885 7916



[www.esemorenoyclavijo.gov.co](http://www.esemorenoyclavijo.gov.co)