

Arauca, 26 de agosto de 2015

Doctor
JOSÉ VICENTE SANABRIA MONSALVE
Gerente
ESE Moreno y Clavijo
Ciudad

REF: segundo Seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo, de Corrupción y al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Respetado Doctor;

Teniendo en cuenta el plan de auditorías para la vigencia 2015, el decreto 943 de 2014 y la ley 1474 de 2011, me permito presentar a usted los resultados del segundo seguimiento al mapa de riesgos administrativo, de corrupción como también al plan anticorrupción y de atención al ciudadano de los procesos y subprocesos de direccionamiento, misionales y apoyo de la entidad, esto con el fin de dar cumplimiento a los lineamientos y tiempos establecidos en la norma.

Dicho cumplimiento se ve reflejado en la realización y gestiones adelantadas para evitar que los riesgos se materialicen y puedan entorpecer el giro normal de las actividades y el cumplimiento de las políticas y metas institucionales.

Es importante mencionar que los soportes y evidencias presentados en el desarrollo de la auditoria reposan en el archivo de gestión de cada proceso y subproceso auditado.

Sin otro en particular,

FIRMADO EL ORIGINAL
LIDIA MARICELA ORTIZ HERNÁNDEZ
Asesora de Control Interno
Gestión Integral de Control

Elaboró y Digitó: Jose Gregorio Guerrero Perez / Lidia Maricela Ortiz Hernández
C.C. Dra. Isley Duperly Bermudez Garcia – Asesora de Planeación

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

INTRODUCCIÓN

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 y el plan anticorrupción y de atención al ciudadano, a los procesos y subprocesos de direccionamiento, misionales y de apoyo de la Entidad, 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 Auditoria fue la siguiente:

- Se revisaron los soportes suministrados por los líderes de los procesos y subprocesos de la entidad, como constancia de las acciones realizadas.

RESULTADOS DEL SEGUNDO SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ADMINISTRATIVO DE CORRUPCION Y AL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LOS 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.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

GESTIÓN ESTRATÉGICA:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Inoportunidad en la entrega de los informes.	1. Generar alamar por vía electrónica a los procesos involucrados en la presentación oportuna de los informes.	Se realiza envios de avisos a informes a vencer de manera oportuna atravez del tecnico de sistemas encargado del envio de los informes	Se evidencia los envios de avisos y cronograma de informes a vencer por medio electronico, de los meses mayo, junio, julio y agosto del 2015	Cumple	
	2. Solicitar continuidad al seguimiento del cronograma de informes	Se realiza por medio del area de sistemas y control interno	Se evidencia los envios de avisos y cronograma de informes a vencer por medio electronico, de los meses mayo, junio, julio y agosto del 2015	Cumple	
Toma de decisiones erradas	1. Solicitar a los líderes de procesos la actualización permanente de la información necesaria para la toma de decisiones adecuada	Se revisa mensualmente todos los informes generados por las areas que contengan informacion actualizada	Se evidencia correos electronicos de los informes mencionados y en medio fisico de los meses mayo, junio, julio del 2015	Cumple	
Perdida de información	1. Organizar el archivo de la entidad	Se asigno un area destinada para archivo, se encuentra en tramite la adquisicion de material de archivo, se encuentra las trd en proceso de aprobacion y aplicacion	Se evidencia adquisicion de material de archivo, se realizo traslado de los archivos correspondientes a las vigencias 2005 al 2013. esta en proceso de depuracion	No cumple	Se observa que en las diferentes areas de la entidad el archivo esta en procesos de organizacion
RIESGOS DE CORRUPCION					
Orientación de la contratación a favor de terceros ó por amiguismo en la contratación.	1. Toma de decisiones concertada con el comité de compras de la entidad	Se realiza comité de compras trimestralmente	Se evidencia acta nº 002 del comité de compras, con fecha 10 de junio de 2015	Cumple	Esta programado realizar tercer comité de compras para el mes de octubre de 2015

GESTIÓN DE GARANTIA DE LA CALIDAD:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Incumplimiento de las características y componentes del SOGC	1. Establecer cronograma de socialización de la documentación para cada una de las sedes.	Se elaboró conograma para la vigencia 2015 en las sedes de la entidad, de acuerdo a las fechas establecidas en el cronograma se estan realizando las visitas en los municipios.	cronograma en equipo de computo del proceso, se reviso acta Nro 06 de fecha 10 al 14 de agosto de 2015;	Cumple	Se recomienda organizar los documentos y soportes en medio electrónico de acuerdo al cronograma de socializaciones establecido.

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Definición del PAMEC para la vigencia del 2015 .	El Pamec de la vigencia 2015 fue aprobado el 30 de abril de 2015 mediante comité integrado de gestión según acta Nro. 02.	Se evidencia acta en medio físico debidamente firmada por los asistentes.	Cumple	
	3. Revisión periódica de los estándares de Habilitación en las sedes de la red Hospitalaria.	Dichas revisiones se realizan de acuerdo al cronograma establecido para la vigencia 2015.	Se evidencia acta Nro. 05 del Hospital San Francisco de Fortul, Acta Nro. 07 del Hospital San Ricardo Pampuri. Acta Nro. 06 del Hospital San Antonio de Tame.	cumple	
	4. Actualización de la REPS según necesidad.	Para el segundo cuatrimestre de la vigencia se realizó actualización de servicios especializados en los Hospitales de Fortul, Cravo Norte y Puerto Rondon	Se evidencia oficio de fecha 31 de julio de 2015 donde requieren realizar cierre temporal de estos servicios según radicado Nro. E-2015-004314 para el hospital de fortul, radicado Nro E-2015-002470.	cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					
No presentación oportuna de autoevaluación y novedades en la prestación de servicios para favorecimiento de intereses de particulares	1. Presentación oportuna de la información ante la Unidad Administrativa.	Para el segundo cuatrimestre de la vigencia se realizó actualización de servicios especializados en los Hospitales de Fortul, Cravo Norte y Puerto Rondon	Se evidencia oficio de fecha 31 de julio de 2015 donde requieren realizar cierre temporal de estos servicios según radicado Nro. E-2015-004314 para el hospital de fortul, radicado Nro E-2015-002470.	cumple	
	2. 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.	para al vigencia 2015 se presento informe en el mes de enero según requerimiento de la unidad referente a la circular 004 de diciembre de 2014.	Se evidencia información remitida segundo trimestre programa de saneamiento fiscal y financiero y circular 000009 de 2015.	cumple	
1. No Aplicación de los lineamientos establecidos del Programa de Seguridad del Paciente en la entidad.	1. Adoptar la política de seguridad del paciente para la entidad.	Dicha política fue aprobada mediante resolución 231 del 8 de septiembre de 2014.	Se evidencia resolución debidamente aprobada y firmada, boletín entregado de seguridad del paciente en el proceso de inducción y en visitas realizadas a las diferentes sedes de la entidad.	cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2, Definir programa de Seguridad del Paciente.	Se elaboro programa de seguridad del paciente contenido en 18 folios.	Se evidencia programa de seguridad del paciente el cual fue aprobado en resolucion 130 de mayo de 2014.	cumple	
	3, Socializar política de seguridad del paciente.	Dicha actividad se desarrolla en las visitas realizadas en los hospitales.	Se evidencia acta Nro. 010 del 13 de Marzo de 2015, de socialización de política de seguridad del paciente, boletín Nro. 1, socialización reunión de comité integrado de gestión, a la fecha esta pendiente por realizar esta actividad en el Hospital San Jose de Cravo Norte, Centro de Salud de Panama y Juan de Jesus Coronel de Puerto Jordan.	cumple	
	4, Plan de Capacitación de seguridad del paciente.	Se evidencia plan de capacitaciones y temas a desarrollar para la vigencia 2015 en cada sede de la entidad.	Se evidencia acta Nro. 01 de fecha 31 de julio de 2015 sobre eventos adversos en el Hospital san Francisco de Fortul.	no cumple	Dar cumplimiento a las capacitaciones programadas para las diferentes sedes de la entidad.

GESTIÓN AMBIENTAL:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Incumplimiento de los PGIRS de la Red Hospitalaria.	1. Proyectar circular que establezca la creación y funcionamiento de los comités ambientales y sanitarios, roles y responsabilidades.	se proyecto circular en la vigencia 2014, pero se realizan comites ambiental en los diferentes hospiotales y centros de salud para el primer trimestre de 2015	se evidencia los comites para los meses mayo, junio y julio 2015, de los hospitales San Lorenzo de Arauquita, Centro de Salud de Puerto Jordan, Centro de Salud de Panama, San Jose de Cravo Norte, San Francisco de Fortul, San Antonio de Tame, San Ricardo de Pampuri, San Juan de Dios de Puerto Rondon	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	1. Presentación de un plan de necesidades para la adecuada implementación de los PGIRS	se realiza plan de necesidades del area de pgrhs para los hospitales y centro de salud como a la sede central	Se evidencia plan de necesidades del segundo trimestre de 2015 en medio electronico y la respectiva solicitud a las diferentes hospitales y centros de salud	cumple	
	4. Los comités deberán reportar las necesidades a corde de cada hospital	se realiza solicitudes por medio de correo electronico	se evidencia correos electronicos solicitando insumos de aseo para los hospitales y centros de salud de los meses mayo, junio, julio y agosto	cumple	se esta consolidando el plan de necesidades para la vigencia 2016
	5. Actualizar PGRIS de cada hospital y centro de salud.	se ha realizado la documento del plan de gestion integral de residuos hospitalarios y similares	se evidencia resolucion N° 132 del 28 de abril de 2015, por medio del cual se adopta el plan de gestion integral de residuos hospitalarios y similares (PGIRHS) en la red hospitalaria de la ese moreno y clavijo	cumple	
	1. Reportar necesidades de personal de manera oportuna, por parte de los directores y/o de la alta gerencia al Proceso de Talento Humano.			No aplica	no se ha reportado nesecidad de mas personal en las areas de aseo de los hospitales y centros de salud

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	<p>2. Solicitar inducción al personal, y brindar capacitación al puesto de trabajo.</p>	<p>no se ha realizado en todos los hospitales y centros de salud</p>	<p>solo se evidencia socializacion de clasificacion de residuos contaminados y no contaminados (principios de bioseguridad), con fecha 09 de abril 2015, centro de salud puerto jordan. Socializacion de protocolo de manejo de residuos hospitalarios en hospital tame, socializacion del manual de bioseguridad en los hospitales san antonio de tame, el dia 17 de abril, puerto jordan, el dia 20 de abril, centro de salud de panama, 20 de abril de 2015, san francisco de fortul, 22 de abril de 2015, san lorenzo de arauquita, 14 de mayo de 2015, san jose de cravo norte, 04 de junio de 2015, san juan de dios de puerto rondon, 05 de junio de 2015 biologico del hospital san lorenzo de Arauquita</p>	<p>cumple</p>	
	<p>3. Enviar al profesional universitario para la gestión ambiental el listado del personal contratado para sus fines pertinentes.</p>		<p>se envia listado de personal envio por el proceso de gestion talento humano en medio electronico de mes agosto</p>	<p>cumple</p>	
	<p>1. Elaborar un plan de capacitación para el área ambiental y sanitaria en cada vigencia dirigida a la red hospitalaria y centros de salud en las áreas temáticas requeridas.</p>	<p>se realizo plan de capacitaciones vigencia 2015</p>	<p>se evidencia plan de capacitaciones para la vigencia 2015 en medio magnetico, se evidencia socializacion en medio correo electronico ha los diferentes hospitales y centros de salud, se evidencia socializacion del manual de bioseguridad.</p>	<p>cumple</p>	<p>para el tercer cuatrimestre que programada el cumplimiento de capacitacion sobre riesgos ambientales y sanitarios por el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios, se gun cronograma de capacitacion para el mes de octubre vigencia 2015</p>

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Impartir capacitación sobre el manejo y manipulación de residuos. (Principios de bioseguridad)	se realizo socializacion del protocolo de residuos hospitalarios y similares a los coordinadores de pai y directores de los hospitales	se evidencia registro de asistencia con fecha 30 de marzo	cumple	
	3. Socialización de las rutas de transporte de residuos hospitalarios.	no se ha realizado socializacion	no se evidencia socializacion	no cumple	no se cumplio según programación para el segundo cuatrimestre, se reprograma el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
	1. Cumplir las normas indicadas en el manual de procedimientos de bioseguridad y pgrs del cada hospital y centros de salud.	se aprobo manual de bioseguridad	se evidencia dotacion y entrega de epp	cumple	
	2. Socialización de las normas de bioseguridad y evacuación de residuos hospitalarios.	se realiza socializacion	Se evidencia registro de asistencia del manual de bioseguridad en todos los hospitales y centros de salud de la ESE Moreno y Clavijo	cumple	
	3. Responder a planes de mejoramiento			No aplica	no presenta planes de mejoramiento
	4. Resocialización de las rutas de transporte de los RH (Ordinarios y peligros) con sus respectivos horarios al personal de servicios generales.			No aplica	se duplica indicador, realizar ajuste para el siguiente cuatrimestre
	1. Reportar a la subgerencia administrativa las necesidades de insumos (Clorox, detergente en polvo, jabones, guantes, escobas, traperos,), requeridos por la red hospitalaria.			No aplica	se realiza la solicitud al proceso de gestion de almacen y recursos fisicos, realizar ajuste para el proximo cuatrimestre
	2. Socializar las necesidades reportadas de insumos requeridos de limpieza de la red hospitalaria			No aplica	duplicado de indicador, realizar ajuste para el proximo cuatrimestre
	1. Socializar las necesidades del área para complementar la elaboración del plan de compras.	se realizo plan de necesidades de la vigencia 2015	se evidencia elaboracion del plan de compras para la vigencia 2015	cumple	se esta elaborando el plan de compras para la vigencia 2016
Posible sanciones por los entes de control	1. Dar cumplimiento de los PGIRHS a red hospitalaria de la entidad.	se realiza socializacion	se evidencia socializacion en medio electronico a los hospitales y centros de salud	cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento internos y externos.	se realizo seguimiento y respuesta al plan de mejoramiento vigencia 2012 por parte de la Contraloria Departamental de Arauca	se evidencia respuesta a dicho plan de mejoramiento	cumple	no se han generados planes de mejoramientos para el segundo cuatrimestre
RIESGOS DE CORRUPCION					
Posible pérdida de los insumos de aseo.	1. Solicitar auditorias de control interno a red hospitalaria			No aplica	esta auditoria la realiza el proceso de gestion integral de control, ajustar este indicador para realizar seguimiento a los planes de mejoramiento que se levanten en este proceso

GESTIÓN DOCUMENTAL:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Deterioro de documentación archivada.	1. Realizar diagnóstico institucional de archivo de la entidad y su red Hospitalaria.	A la fecha no se cuenta con diagnostico del archivo de la entidad.	no se evidencian soportes	no cumple	
Pérdida de memoria Institucional	1. Crear estrategias que permitan a la entidad la consecución de recursos con el fin de poder cumplir los lineamientos establecidos por el AGN.	a corte julio de 2015 se viene trabajando en levantar el inventario documental de la entidad	inventario realizados de forma parcial	no cumple	Se recomienda continuar con este proceso para dar cumplimiento a los lineamientos de la ley 594 de 2000, para establecer los archivos de gestion, central e historico de la entidad enfocado aun buen manejo y custodia de la documentación.
RIESGOS DE CORRUPCION					
Extracción intencional de folio de carpetas favoreciendo ó perjudicando a funcionarios de la ESE por amiguismo ó intereses personales	1. Crear estrategias que permitan a la entidad la consecución de recursos con el fin de poder cumplir los lineamientos establecidos por el AGN.	en la actualidad y de acuerdo a compromisos adquiridos en comité de archivo la entidad viene trabajando en el levantamiento de los inventarios documentales de los procesos y subprocesos de la sede central como juridica, cartera, facturación, contabilidad, presupuesto y tesorería respectivamente		no cumple	Se recomienda establecer estrategia de para conservación de la documentación y establecer los roles y responsabilidades del manejo de la documentación, para la consulta, custodia y conservación para dar cumplimiento en la ley 594 de 2000 y sus normas concordantes.

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRATACIÓN:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Incumplimiento de términos	1. Diseñar una herramienta que permita controlar los términos e instancias de las demandas a favor y en contra de la entidad	se realiza mediante cuadro alimentador de proceso mensual	se evidencia cuadro en medio magnetico sobre las actuaciones judiciales de cada proceso actualizado, de los meses de mayo, junio y julio de 2015	cumple	
Pérdida de documentos ó expedientes	1. Definir mecanismos de control que permitan realizar trazabilidad de las carpetas ó expedientes del proceso.	la oficina cuenta con infraestructura y seguridad para los archivos, depurar archivo historico y de gestion del proceso	se evidencia que en la area de gestion juridica y contratacion, se traslado el archivo de La contratacion correspondiente a las vigencia 2005 al 2009, correspondiente al archivo historico, al area destinada para tal fin, quedando en el proceso el archivo de gestión en cumplimiento a la ley general de archivo	no cumple	el archivo de gestión se encuentra en proceso de depuracion, clasificacion y organización
RIESGOS DE CORRUPCION					
Posible orientación en los pliegos de condiciones	Dar aplicabilidad al manual de contratación	se aplica para la vigencia 2015 la resolucion 135 de 22 de mayo de 2014	se evidencia el manual de contratacion vigente	cumple	

GESTIÓN PLANEACIÓN:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Incumplimiento en Planes, programas institucionales	1. Socializar al personal los planes y programas institucionales	se realiza socializacion de los diferentes planes y programas	se evidencia socializacion al personal de la entidad planes institucionales como plan anticorrupcion al ciudadano, el normograma institucional, mapa de riesgos administrativos y de corrupcion, el POA	cumple	ha la fecha no se han presentado nuevos planes y/o programas adicionales a los anteriormente enunciados
	2. Actualizar la plataforma cada vez que sea necesario	se actualizo plataforma estrategica	se evidencia resolucion 119 de 08 de abril de 2015, por el cual se actualiza la plataforma estrategica de la entidad, y la resolucion 153 del 28 de mayo de 2015, por la cual se actualiza el organigrama y mapa de procesos	cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	3. Actualizar y socializar la herramienta del POA.	se realizo socializacion por medio via correo electronica	se evidencia actualizacion resolucion 019 del 15 de enero de 2015, por el cual se actualizo el poa, ademas se observa soporte del envio de la socializacion del poa vigencia 2015 con fecha 06 de febrero de 2015, ha la red hospitalaria adscrita a la ese moreno y clavijo y a lideres de procesos de la sede administrativa	cumple	
	4. Realizar seguimiento permanente en el cumplimiento de POA de la institución.	se realiza seguimiento de acuerdo al instructivo poa vigencia 2015	se evidencia primer seguimiento del poa vigencia 2015, realizado cuatrimestralmente a cada hospital, centro de salud y sede administrativa central, presenta informe de dicho seguimiento con fecha 24 de julio de 2015	cumple	su segundo seguimiento se realiza en el mes de septiembre de 2015

RIESGOS DE CORRUPCION

Orientación a favor de terceros ó amiguismo en la formulación de los proyectos institucionales	1. Formulación del proyecto de acuerdo a la normatividad vigente	se formulan de acuerdo a la norma MGA	se evidencia el proceso de formulacion del proyecto modernizacion y mejoramiento de los recursos tecnologicos para la adquisicion de un sistema integrado de informacion en salud que soporte la red hospitalaria en el departamento	cumple	se encuentra en proceso contractual
	2. Verificación de precios durante la formulación de proyectos	se realiza de acuerdo al estudio de mercado	que los precios de contratos interadministrativos estan establecidos por el ente regulador con el que se celebra el contrato, basados en los estudios de mercado mediante cotizaciones que ellos realizan, ajustandose a dichos precios	cumple	no se ha formulado a la fecha ningun proyecto

GESTIÓN SALUD OCUPACIONAL:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Ocurrencia riesgos profesionales a los funcionarios de la ESE	1. Levantamiento de la matriz de riesgos ocupacionales por proceso.	La entidad no cuenta con la matriz de riesgos, se inicio proceso para contratar profesional especializado en salud ocupacional para levantar la matriz de riesgos de la entidad.	no se ha cumplido dicha actividad.	no cumple	Se hace necesario levantar la matriz de riesgos y realizar socialización en cada sede de la entidad. Se programa cumplimiento para el tercer cuatrimestre

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. 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 laborales el cual se esta ajustando, 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 en medio fisico . Se evidencia informe junto con registro fotograficos de la realizacion de pausas activas con fecha mes de junio de 2015, rumbo terapia en los meses marzo y abril, registro fotografico, primeros auxilios con fecha 15 de julio de 2015, prevencion de accidentalidad enfocada al cambio del comportamiento de los trabajadores, se realizo en arauca,	no cumple	pendiente para realizar en el segundo cuatrimestre, asesoria en la realizacion de simulacros en la sede administrativa, entrenamiento en contra incendio, en todos los hospitales y centros de salud,
	3. Reactivar el COPASO institucional	Se encuentra activo en todas las sedes de la entidad.	Se evidencia acta de reunión solo de la sede central, de las demas sedes no se evidencia soportes.	no cumple	Se hace necesario requerir a las sedes adscritas a la entidad actas de las reuniones celebradas de los copasos.
No afiliación oportuna de los funcionarios a la ARL	1. Gestionar recursos para la compra de Hardware y Software. 2. adquisición de un plan de Internet con mayor velocidad	no se evidencia gestiones adelantadas		no cumple	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	1. Definir en el cronograma de trabajo con ARL las capacitaciones en reporte de accidentes laborales.	Se cuenta con plan de trabajo, y listas de asistencia de las capacitaciones realizadas en Hospital de Puerto Rondon, Centro de Salud de Puerto Jordan, Centro de Salud de Panama y Hospital de Arauquita.	para el segundo trimestre no se ha realizado capacitaciones de los diferentes accidentes laborales a los hospitales faltantes	no cumple	Se hace necesario requerir listas de asistencia por parte del responsable de la capacitación y/o socialización.
Accidente laboral por riesgo biológico	1. 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 2015 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. Cumplimiento para el tercer cuatrimestre
No atención de emergencias y las brigadas de manera oportuna	1. Reactivar comité de emergencias y las brigadas respectivas.	se realizo reactivacion y restructuracion de las brigadas de emergencias y demás	se evidencia documento en fisico de la restructuracion de las brigadas de la entidad	cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Extravío intencional de los botiquines y dotaciones de primeros auxilios en la red Hospitalaria y sede administrativa	1. Entrega inventariada de botiquines de primeros auxilios administradores de Hospitales y Profesional de Talento Humano de la sede administrativa como directos responsables.	Dichos botiquines se entregaron en la vigencia 2014, y se maneja formato para inspección de botiquines y estintores.	no se evidencia soportes de la inspección de los botiquines y de la dotación de los primeros auxilios	no cumple	Se recomienda ajustar formato de manejo de inspecciones y aprobar por gestión de calidad.
---	--	--	---	-----------	---

GESTIÓN SISTEMA Y TECNOLOGÍA:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Pérdida de la información institucional	1. Socializar procedimiento para copias de seguridad con los funcionarios de la ESE.	Dicha actividad no se ha realizado	no se evidencia soporte al respecto	no cumple	Se recomienda realizar actividad con el personal de la sede central, dando a conocer como se realiza dicho procedimiento y cual es la periodicidad para realizar las copias de seguridad.
	2. Plan de Mantenimiento preventivo a software y hardware.	Dicha actividad no se ha realizado	no se evidencia soporte al respecto	no cumple	Se recomienda realizar actividad para definir plan de mantenimiento preventivo para los equipos de computo de la entidad, a su vez implementar formatos.
	3. Verificar que los líderes realicen de manera periódica los backups.	dicha actividad no esta ajustada al desarrollo de las actividades propuestas			No aplica
Daños de equipos de la institución.	1. Definir plan de mantenimiento preventivo.	Dicha actividad no se ha realizado	no se evidencia soporte al respecto	no cumple	
	2. Capacitar a funcionarios en el manejo de equipos	se realiza la asistencia tecnica	no se evidencia listado de asistencia a dicha capacitacion	no cumple	Se hace necesario realizar ajuste a dicha actividad y notificar al proceso de planeacion para realizar dicho ajuste.
Escases de recursos Hardware y Software	1. Gestionar recursos para la compra de Hardware y Software	para esta actividad se esta trabajando en la elaboracion de proyectos en conjunto con el proceso de gestion planeacion; adicional a esto se realizo estudio previo para la adquisicion de equipos de computo con recursos propios de la entidad.	se evidencia soporte de proyectos en borrador, estudio previo por valor de \$ 90.000.000.00	cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Vulnerabilidad del software	1. Solicitar a los usuarios el cambio de clave regularmente.	esta actividad esta programada desde el servidor, los usuarios realizan el cambio de manera periodica	se evidencia programacion en el servidor	cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					
Perdida de equipos	1. Actualizar los inventarios de los equipos de computo periodicamente.	El inventario de los equipos de cómputo se encuentra actualizado hasta la vigencia 2014, dicha actividad se realiza de forma anual.	se evidencia inventario de equipos de computo del subproceso de sistema	cumple	
Adulteracion de la informacion de las bases de datos a favor a terceros	1. Auditorías aleatorias a las bases de datos	se realiza revision de manera mensual a las bases de datos de la facturacion remitida por los hospitales y se reenvia falencias para ser subsanadas por el responsable	se evidencia correos enviados	cumple	

GESTIÓN TESORERÍA:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Error en el pago de cuentas en mayor o menor cuantía	1. Supervisar la digitacion 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 evidencia egresos generados en el sistema de la entidad.	cumple	
	4. Hacer cumplir el horario para la atención al público.	no se cuenta con horario establecido para la atención del público.		no cumple	Se recomienda coordinar con el gerente y la subgerencia administrativa el horario para la atención al público facilitando de esta forma que los procedimientos propios del subproceso se puedan realizar de manera eficaz y dentro de cada periodo.
Pago de una obligación doblemente	1. Hacer efectivos los controles existentes.	Se verifica el tipo de recurso y se genera el pago en cheque o giro electrónico.	Se evidencia egresos en medio fisico y egresos generados en medio electrónico.	cumple	
Ingresos sin identificar.	Solicitar de inmediato al área de cartera la identificación del ingreso.	Dicha actividad se esta realizando, pero a la fecha aun se siguen presntando ingresos por identificar.		no cumple	
La información registrada en libros de bancos (Sistema) no sea veraz acorde a la realidad financiera de la entidad.	1. Pedir extractos bancarios en el tiempo establecido a los bancos.	Dicha actividad se realiza de manera mensual dentro de los diez primeros dias de cada mes, los cuales son entregados al subproceso de contabilidad.	Se evidencia extractos bancarios y conciliaciones realizadas.	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Seguimiento oportuno al área encargada de las conciliaciones.	Las conciliaciones son realizadas 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.	1. Definir fechas de recibo y entrega de nomina debidamente liquidada.	La nomina se esta pagando dentro de los diez primeros dias de cada mes.	Se evidencia procedimiento generado en el sistema y egresos de pago.	cumple	
Perdida de documentación y de soportes	1. Depurar el archivo.	Esta en proceso de depuración, organización y clasificación se envío para la bodega la vigencia 2013.	Depurado vigencia 2013.	no cumple	
	2. Adecuar un espacio para el archivo de tesorería.	El subproceso de tesorería no cuenta con espacio físico para el manejo de archivo de gestión e histórico.	La entidad asignó un espacio ubicado en el Hospital San Ricardo Pampuri para la ubicación del archivo central de la entidad, actualmente se esta trabajando en el proceso de depuración, clasificación y organización del archivo del subproceso de tesorería.	no cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					
Pago de cuentas sin respetar el orden de llegada a favor de terceros ó amiguismo.	1. Confrontar el listado de pagos del mes, verificando si este se ha hecho.	Los pagos son realizados en primera instancia el personal de nomina y orden de prestación de servicios, y los proveedores se van pagando de acuerdo a al verificación del recurso.	Se evidencia egresos de pago de personal por orden de prestación de servicios, nómina y proveedores del mes de Julio de 2015.	cumple	

GESTIÓN TALENTO HUMANO:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Vinculación de personal sin contrato	1. Elaborar el contrato previa autorización de ejecución de actividades.	El proceso solicita la documentación requerida, se realiza estudio de conveniencia para el personal a vincular, posterior a eso se elaboran los contratos.	se evidencia nota interna de fecha de julio de 2015	cumple	Se estan elaborando los contratos los dias 20 de cada mes para ser entregados dentro de los tiempos manejados para la contratación.

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Demora en la actividad de reclutamiento de médicos y enfermeras	1. Crear alianzas estratégicas ó convenios que permitan garantizar los profesionales requeridos de manera oportuna.	La selección de personal para los profesionales del servicio social obligatorio es realizada a través de sorteo de la plaza por parte de la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca, y para los profesionales vinculados bajo modalidad de prestación de servicios se cuenta con convenio con Cedecspro, Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad nacional y Universidad Francisco de Paula Santander, universidad cooperativa del oriente, la frontera, FUNEDO, ESEDCO, universidad nacional	se evidencia convenios vigentes para reclutar personal con Cedecspro, Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad nacional y Universidad Francisco de Paula Santander, universidad cooperativa del oriente, la frontera, FUNEDO, ESEDCO, universidad nacional	cumple	Los documentos técnicos de los convenios se evidencia ordenada y clasificada por asuntos
Vinculación de personal sin el lleno de los requisitos para el cargo a desempeñar	1. Solicitud de soportes completos de las hojas de vida.	Se maneja lista de chequeo (FO011 - VERSION 1). La cual esta establecida de acuerdo al perfil requerido.	Se evidencia formato de revisión documentos hoja de vida de personal vinculado en el mes de julio se realizo la revision de 22 hojas de vida	cumple	se encuentra soportes de vinculacion del personal de acuerdo a lo establecido en la norma
	2. Verificación de títulos ante las instancias respectivas.	Se realiza la verificación de los títulos mediante oficio, según formato aprobado por calidad GTH-FO-002 versión 02.	Se evidencia folder con los requerimientos realizados a las diferentes universidades y la contestaciones de las mismas	cumple	se evidencia carpetas con asuntos de acuerdo con la ley de archivo para su respectiva conservación
Rotacion permanente del personal de la institución.	1. Iniciar el proceso de formalización laboral al personal de la ESE.	Se elaboro estudio sobre cargas laborales y formalizacion laboral el cual esta pendiente por revisión y aprobación de la gerencia	no se evidencian soportes	no cumple	no se evidencia avances
Información de hojas de vida de los hospitales diferente a las hojas de vida de la sede central	1. Proyectar circular interna de manejo de soportes de hoja de vida.	se evidencia nota interna para actualizacion de documentos de fecha 4 de agosto de 2015 de acuerdo a los perfiles	nota interna	cumple	
Perdida de Hojas de vida y/o de soporte en la Sede centra y hospitales y centro de salud.	1. Disponer un lugar con acceso controlado para el archivo de las hojas de vida y /o historia laboral.	Se cuenta con archivo organizado por apellido de los expedientes del personal vinculado bajo modalidad de nómina y prestación de servicios.	se evidencia archivo organizado, con inventario en excel en ruta: mis documentos- general todas las carpetas- excel- inventarios hojas de vidas	cumple	Se recomienda realizar arreglo a las puertas de las oficinas para garantizar la seguridad de la información manejada en el proceso

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Diseñar e implementar el formato de préstamo de historias laborales.	Se elaboró formato con aprobación de gestión de calidad GTH-FO-040.	Formato aprobado	cumple	
Incumplimiento de Planes, programas del proceso (Estímulos e incentivos, bienestar social, inducción, reinducción, capacitación).	1. Consolidar planes programas al inicio de cada vigencia.	Se elaboraron y aprobaron los programas de bienestar social e incentivos, plan de formación y capacitación.	Se evidencia resolución Nro. 051 del 13 de febrero de 2015 de aprobación de los planes y programas del proceso de talento humano.	cumple	
	2. Gestionar con entidades públicas las capacitaciones y algunas actividades que estas puedan apoyar para el cumplimiento de dichos planes.	Para la vigencia se realizó gestión con la empresa Coldeportes sobre hábitos de vida saludable en el ámbito laboral, capacitación sobre las NIIF con la ESAP - Meta, inversiones real taller teórico práctico en atención prehospitalaria de atención al usuario, desarrollo de acciones en educación en salud para el personal asistencia en soporte vital básico avanzado, CINCOT SAS transición marco normativo para empresas que no cotizan	Se evidencia lista de asistencia y formato de evaluación general de capacitación.	cumple	
	3. Designar rubro presupuestal para la ejecución de planes, programas	Para la vigencia 2015 se asignó en el presupuesto el rubro de bienestar para la sede central 31010202-10 por valor de \$ 5.000.000,00 y el 31020202-10 por valor de 20.000.00,00 para los hospitales y centros de salud de la entidad.	Se verificó información en subproceso de presupuesto de la sede central.	cumple	
Personal subutilizado	1. Estudio de cargas laborales.	Se elaboró estudio sobre cargas laborales y formalización laboral el cual está pendiente por revisión y aprobación de la Gerencia.		no cumple	
baja aplicabilidad de la normativa en cuanto a la evaluación de desempeño de los servidores de la Entidad	1. Elaborar y aplicar herramienta para evaluar el desempeño de todos los servidores de la entidad.	Se elaboró formato para evaluar al personal vinculado a la entidad.	Se evidencia formato elaborado en equipo de cómputo del proceso pendiente por aprobar por calidad.	no cumple	Se recomienda realizar por calidad y aplicar evaluación por lo menos dos veces al año.
	2. Socializar con los funcionarios de la ESE la herramienta de evaluación.	No se ha realizado dicha actividad.		no cumple	
RIESGOS DE CORRUPCIÓN					

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Expedición certificaciones con información falsa por amiguismo o intereses personales	1. Verificar certificaciones expedidas acorde a la normativa	Dicha actividad de realiza mediante oficio de solicitud con el respectivo pago.	Se evidencia certificaciones realizadas las cuales contienen la información del tiempo vinculado a la entidad, nombre completo, identificación, ingresos mensuales en formato GES-FO-007 versión 01.	cumple	
---	--	---	--	--------	--

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y ALMACÉN

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Desactualización de inventarios (no se obtienen en tiempo real)	1. Realizar el respectivo plan de compras de acuerdo a las necesidades reales de la institución.	Para la vigencia 2015 se elaboró y aproboplan de compras.	se evidencia resolución Nro. 012 del 13 de enero de 2015.	cumple	
	2 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	Para la vigencia 2015 no se han realizado traslados de equipos entre sedes.	Se evidencia formato de traslados GAL . FO- 008 - VERSION 1.	cumple	
Adquisiciones no contempladas en el plan de compras	1. Realizar el respectivo plan de compras, de acuerdo a las necesidades reales de institución.	Para la vigencia 2015 se elaboro y aprobo plan de compras.	se evidencia resolución Nro. 012 del 13 de enero de 2015.	cumple	
	2. Definir tiempos para la solicitud de insumos de la entidad.	Se maneja mediante correo electrónico de acuerdo al presupuesto asignado y de acuerdo a la necesidad de la red hospitalaria y sede central.	No se evidencia cronograma de programación para la solicitud de insumos.	no cumple	Se recomienda definir un cronograma de programación para la solicitud de insumos.
Registro errado de los ingresos a almacén	La entrega de insumos se realizara con disponibilidad de horarios de acuerdo a las necesidades presentadas.	Para el segundo trimestre del año se realizaron entrega de insumos a los diferentes hospitales de la entidad.	Se evidencia salida de insumos de PGRHS de fecha 28 de julio de 2015, Nro 32 HSAT, Julio 15 de 2015 HSJCV, 9 de julio de 2015 HSFF.	Cumple	
	2. Capacitar al personal	no se evidencia soporte		No aplica	Mediante correo electrónico de fecha 30 de Abril de 2015 remitido al proceso de Gestión de Planeación se solicito suprimir dicha actividad del mapa de riesgos del subproceso.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

El no ingreso a almacén de todas las compras que se realicen en la entidad	1. Seguimiento al funcionario encargado de la entrada a almacén.	Se realiza mediante soporte de entrada a almacén vs contratación celebrada.	Se evidencia contratos celebrados Nro. 013 de 2015, formato de entrada y distribución realizada a cada hospital.	cumple	se recomienda ajustar dicho formato y remitir a gestión de calidad para su aprobación.
	2. Recepcionar las entregas por parte de los proveedores dentro del plazo de ejecución de la entrega.	La entrada de los insumos se maneja dentro de los tiempos establecidos en el contrato celebrado.	Se evidencia entrada Nro. 10 del 22 de mayo de 2015 adquisición de elementos de archivo para los hospitales de la entidad.	cumple	
Acumulación de bienes, equipos inservibles	1. Actualizar el estado de todos los inservibles de la institución.	Para la vigencia 2015 se contrato con firma externa la realización de esta actividad.	Contrato de consultoría Nro. 08 -001 de 2015.	no cumple	
RIESGOS DE CORRUPCIÓN					
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	1. 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 celebrado Nro. 01-019 adquisición kit oral, guías aiepi, kit de salud de lavado de manos en el marco interadministrativo 06-577-2015.	cumple	
	2. Reporte de inconformidades de las órdenes de facturas a la Subgerencia Administrativa.	A la fecha no se han presentado inconformidades relacionadas con las facturas generadas.		no aplica	

GESTIÓN BIOMÉDICA:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Incumplimiento del Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de equipos biomédicos	1. Ajustar el plan de mantenimiento preventivo acorde al horario disponible en cada uno de los servicios de la red hospitalaria.	se realizo cronograma de marzo a diciembre de la vigencia 2015 - planes de mantenimiento ^o	Cronograma - plan de mejoramiento - circular 015 del 11 de marzo de 2015 donde se da a conocer el plan de mantenimiento a los municipios, los planes se encuentran en el contrato celebrado prestación de servicio 03-006-2015	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Deterioro de los equipos biomedicos	1. Capacitaciones a funcionarios del manejo de la manipulación de los equipos	visitas de capacitación	formato de capacitacion con la UAESA a 21 puesto de salud adscritos a la ESE MYC y lista de capacitacion en el hospital san lorenzo de arauquita	no cumple	se recomienda realizar un archivo unificado ya que se evidencia algunos soportes en medio electronico y otros en medio fisico, no se evidencia soporte del hospital san antonio de tame, centro de salud de panama y puerto jordan, hospital san ricardo de pampuri, hospital san francisco de fortul, hospital san jose de cravo norte y hospital san juan de dios de puerto rondon de las capacitaciones; por ello es importante la adecuacion de la informacion para la debida conservacion en medio fisico y/o electronico
RIESGOS DE CORRUPCION					
Colocar repuestos de baja calidad de los equipos para beneficio propio	1. Continuar aplicando los controles existentes y sugeridos por el supervisor del contrato.	reporte de servicio	reporte de servicio derivado del contrato de prestacion de servicio el cual es firmado de conformidad por el jefe de proceso o subproceso o quien maneje el equipo	cumple	

PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
No contratación de las actividades de PYP por parte de las aseguradoras	1. Replanteamiento de tarifas acorde a la capacidad de la red Hospitalaria y los costos en ofrecimiento del servicio.	Se cuenta con resolución de tarifas actualizadas en el mes de diciembre de 2014, N° 310 31 de diciembre de 2014, por medio de la cual se adoptan las tarifas de los servicios e insumos de la empresa social del estado ese moreno y clavijo para la vigencia 2015	Se evidencia resolución 310 del 2014, con anexo de tarifas pyp para la vigencia 2015.	cumple	se actualiza cada año

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Entrega oportuna de propuestas de servicios para la renovación de contratos.	Se elabora propuesta respecto a los programas de pyp.	Se evidencia archivo en medio electrónico en equipo de cómputo del proceso, el cual contiene la propuesta presentada a las EPS (propuesta PAI, propuesta aplicación de Jaddle y propuesta general de actividades PYP) y la propuesta de la alcaldía la cual se elaboró para cada alcaldía donde se tiene influencia.	cumple	
	3. Entrega oportuna de informes a las EPS.	Los informes presentados hacen referencia a la revisión de la contratación celebrada con las diferentes EPS.	Se evidencia carpeta, ruta, disco C, carpeta pyp, año 2015, matrices, cuatro carpetas, caprecon; informes de febrero a junio. Comparta, de enero a junio. Dusakawi; informes de de marzo a junio. Y saludvida; marzo a julio.	cumple	
	4. Seguimiento periódico a las actividades de py p.	Se maneja matrices de la vigencia 2015 por eps, las cuales se revisan de manera mensual y se toman las medidas a que alla lugar.	Se evidencia matrices de metas programadas de la vigencia 2015 en equipo de computo del proceso, se evidencia ejecucion de las metas contenidas en la matriz de los meses según contratado por eps	cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	5. Elaboración de cronograma de seguimiento de actividades de p y p	Dicho seguimiento se realiza de manera semanal, donde se revisa que las actividades reportadas concuerden con las atenciones prestadas.	Se evidencia circular Nro. 004, de fecha 17 de enero de 2014. Con lineamientos establecidos para el seguimiento de las actividades de pyp. Los hospitales los días lunes se reúnen para realizar verificación el cumplimiento de las actividades de la semana inmediatamente anterior, una vez verificada se envía información a la sede central, en donde se verifica el cumplimiento de las metas y se reporta a cada hospital y centro de salud las inconsistencias y hallazgos para ser corregidos. se evidencian correos electrónicos.	cumple	
Incumplimiento de las actividades de pyp	1. Contratación de talento humano exclusivo y necesario para la ejecución de las actividades de p y p	Se elaboró estudio para la vigencia 2015 de acuerdo a la contratación celebrada.	Se evidencia estudio elaborado en equipo de cómputo del proceso, el cual contiene información general y el detalle del personal exclusivo por cada hospital y centro de salud, el cual es presentado a la subgerencia de salud.	cumple	no se ha requerido talento humano en los meses de mayo, junio y julio
	2. Contratación de insumos y equipos para ejecución de las actividades de p y p	Para la vigencia 2015 se elaboró estudio en el mes de enero y marzo de 2015.	Se evidencia estudio del mes de enero para la adquisición de minipil, norfertil y preservativos para el primer cuatrimestre del año, estudio del marzo suministro de papelería para los programas de pyp para cuatro meses. Se evidencia estudio de adquisición de medicamentos de planificación familiar, con fecha 14 de abril de 2015, prestación de	cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

			servicios especializados en histología y citología, con fecha 03 de junio de 2015		
	3. auditoria interna a los programas de pyp para verificación en cumplimiento de actividades periódicamente.	Esta auditoria se realiza de manera semanal teniendo en cuenta el reporte realizado por los hospitales y las matrices de programación.	Se evidencia formato de auditoria realizada el cual contiene las inconsistencias encontradas, las cuales son reportadas a cada hospital. Se evidencia formato no aprobado por gestión de calidad, en donde se registran las inconcistencias y/o hallazgos por cada eps, de los meses de mayo a junio, y en proceso de revision de julio	cumple	se aprueba formato PYP-FO-23
Bajo nivel de adherencias a las guías de P y P por parte del personal de salud	1. Socialización de las guías de p y p a versión 2.0 con los funcionarios de proceso.	Dicha actividad de realiza en cada uno de los hospitales de la entidad.	listas de asistencia Tame (nueve guías) puerto rondon (5), puerto jordan (4), panama (4), fortul (4), esmeralda (4), cravo norte (5), arauquita (5).. Se evidencia circular N° 009 socializacion de las guías de atencion integral de p y p, en el cual se observa el cronograma para la socializacion de cada una de las guías por hospital y centro de salud, realizando debido cumplimiento segun las fechas establecidas	cumple	
ocurrencia de eventos adversos	1. capacitacion y socializacion de los manuales de procesos.	Dicha actividad se realizo en comité de la sede central	se evidencia acta N° 01 de 2015, en donde se socializo el manual de proceso de pyp, PYP-MA-001, con fecha fecha 26 de febrero de 2015	cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Orientación para la compra de insumos, materiales y equipos para la ejecución del programa de p y p	1. 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	Se realiza revisión de manera mensual de acuerdo al reporte entregado por cada hospital vs salidas generadas en los kardex.	Se evidencia plantilla en excel donde se maneja control de forma mensual a los insumos de promoción y prevención. Se realiza seguimiento en la matriz de los insumos entregados de los meses de enero a la fecha	cumple	
No Facturar los servicios de PyP generados por el área por amiguismo o a favor de terceros	1. verificar que las actividades de PyP sean facturadas al 100%	Dicha actividad se realiza de manera semanal de acuerdo a la información entregada por los hospitales.	Se evidencia correos electrónicos remitidos a las diferentes sedes de la entidad. se verifica Formato de registro de atención diaria vs rips, de enero a la fecha	cumple	se aprueba formato PYP-FO-24, PYP-FO-25, PYP-FO-26, PYP-FO-27, PYP-FO-28, PYP-FO-29, PYP-FO-30, PYP-FO-31, PYP-FO-32, PYP-FO-33, PYP-FO-34, PYP-FO-35,, PYP-FO-36,

GESTIÓN DE LA CALIDAD

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
1. Incumplimiento de las auditorías del sistema de gestión de calidad para la vigencia.	1. Confirmar con líderes de procesos las fechas programadas.	Se realiza auditoria según plan anual de auditorias para la vigencia 2015.	Se evidencia cronograma de auditorias, listas de chequeo de las auditorias realizadas y informes de auditorias. En el periodo evaluado se realizaron auditorias a Tame, Fortul, Esmeralda y Arauquita.	Cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					
1. Omisión de hallazgos al auditar los procesos por amiguismo	1. Socializar los resultados de las auditorias del sistema integrado de gestión al comité coordinador de control Interno.	Esta pendiente la entrega del informe de auditorias.	Se evidencias las listas de chequeo aplicadas en las auditorias integradas realizadas en el periodo.	Cumple	Se programa socialización de los resultados para el tercer cuatrimestre del año.

GESTIÓN AUDITORIAS MÉDICAS

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Facturación glosada por hospital/ Centro de Salud	1. Revisión Periódica a facturación generada antes de su radicación.	Dicha actividad no se realiza teniendo en cuenta que aplica para la auditoria concurrente.		No aplica.	Se hace necesario realizar el procedimiento de documentación del subproceso de auditorias de cuentas

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Incumplimiento plan de auditorías de cuentas médicas	1. Integrar las auditorías de cuentas médicas al Plan de Auditorías al Sistema de Gestión Integrado.	Dicha actividad no aplica teniendo en cuenta que la entidad no maneja auditoría médica, sino auditoría de cuentas medicas.		No aplica.	medicas (caracterización, manual de procesos y procedimientos, mapa de riesgos, plan operativo anual.
RIESGOS DE CORRUPCION					
Omitir conceptos en los informes de auditorías por amiguismo con los compañeros de trabajo	Hacer parte de la auditoría a un grupo auditor integrado que garantice objetividad en la emisión del concepto al evaluar.	Dicha actividad no aplica teniendo en cuenta que la entidad no maneja auditoría médica, sino auditoría de cuentas medicas.		No aplica.	

GESTIÓN CARTERA

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Pérdida de los estados de cartera (Archivo Excel)	1. Dar continuidad al control existente	Se realizan copias de las carteras existentes, actividad que se desarrolla mensualmente.	Se evidencia archivo en medio electrónico en equipo de cómputo del subproceso de cartera.	Cumple	
	2. Solicitar a la oficina de sistemas realizar buck up mensual de la información de los estados de cartera	Para el segundo cuatrimestre del año se copias de seguridad a los equipos el subproceso de cartera	Se evidencia oficio de fecha 9 de Junio de 2015 con el reporte a satisfacción del proceso de buckup realizado por el subproceso de sistemas y tecnología.	Cumple	
Pérdida de la facturación radicada	1. Solicitud de comprobante de recibo a la empresa de correo.	De manera mensual se realiza verificación de información con el subproceso de facturación respecto a la facturas radicadas, así mismo se requiere copia de recibido a satisfacción por parte de la empresa de correos.	se evidencia facturas radicadas a la empresa mutual para el desarrollo integral de al salud, guía de envío Nro. 462403900291 y con soporte adicional de rastreo de envío.	Cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Demora en el recaudo de la cartera de la entidad.	1. Realizar gestión adecuada de recaudo de cartera	De acuerdo a la circular 030 se realizan reuniones de mesas de trabajo para establecer compromisos de pago de la cartera de vigencias anteriores, dichas reuniones se realizan de manera trimestral, los cobros se realizan mediante oficio de manera mensual a todas las empresas donde incluyen en total de la cartera adeudada.	Se evidencia informe de gestión del segundo trimestre donde relacionan las gestiones adelantadas para el recaudo de cartera con las diferentes empresas actividad que se desarrolla mediante oficio remitario de manera mensual, se evidencia oficios enviados de fecha junio de 2015 con la respectiva guía y soporte de rastreo de envío.	Cumple	Se recomienda organizar el archivo de gestión de acuerdo a los lineamientos establecidos en la ley general de archivo y demás normatividad vigente.
	2. Depuración continúa del estado de cartera.	Para el segundo cuatrimestre del año se ha realizado cruce de cartera con la empresa Capital Salud, Colombia de Salud del Casanare, Salud Total, Salud Vida, Dusakawi, Dirección de Sanidad Militar, Armada Nacional y Policía.	Se evidencia oficios de cruce con la empresas, así mismo se oficial subproceso de facturación y auditorias de cuentas sobre los saldos de la facturación devuelta y facturación glosada. A la fecha no se ha recibido respuesta por parte de estos subprocesos.	cumple	Se recomienda notificar nuevamente a los subprocesos de facturación y auditoria de cuentas para definir si esta cartera se puede o no recuperar, así mismo tratar dicho tema de esta de cartera en el comité de sostenibilidad contable.
RIESGOS DE CORRUPCION					
Omisión de cobro persuasivo a clientes por amiguismo ó intereses personales	1. Verificar estado de cartera con alta gerencia de la entidad.	Dicha actividad se realiza mediante reuniones programadas con la gerencia, subgerencia administrativa y auditoria de cuentas; así mismo se remite informe de gestión de gestión del subproceso y oficios remitarios a cada una de la empresas realizando el cobro de cartera	Se evidencia informe de gestión del segundo trimestre donde relacionan las gestiones adelantadas para el recaudo de cartera con las diferentes empresas, actividad que se desarrolla mediante oficio remitario de manera mensual, se evidencia oficios enviados de fecha junio de 2015 con la respectiva guía y soporte de rastreo de envío.	Cumple	Se recomienda elaborar acta de las reuniones realizadas por el subproceso de cartera, para de esta forma realizar seguimiento a los compromisos adquiridos.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

GESTIÓN DE FACTURACIÓN

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
No Presentación de la Facturación de forma Oportuna	1.. Evaluar los servicios del proveedor del correo. 2. Seguimiento a la facturación generada por Hospitales y centros de salud	El total de la facturación por parte de los hospitales es entregada dentro de los cinco primeros días para entregarla a la sede central y la radicación de las facturas en las EPS se realiza a más tardar los 20 de cada mes.	se evidencia informes de facturación en medio electrónico y físico recibidos los primeros días calendarios del mes de agosto, al igual de los meses anteriores, además se observa el recibido de la facturación en físico de los meses de abril, mayo, junio y julio de 2015	cumple	
Inoportuna generación del total de la facturación de servicios de salud contratados.	1.Realizar auditorías permanentes a la facturación de la red hospitalaria	se realiza salidas a los hospitales y centros de salud según cronograma de capacitaciones facturación 2015	se evidencia cronograma de auditorías del proceso de facturación 2015, en medio físico, en una carpeta de nombre auditorías proceso de facturación, no se observa evidencia de las auditorías programadas para los meses de mayo, junio y julio de 2015, las cuales eran nueve (09) auditorías a los diferentes hospitales y centros de salud	no cumple	se programa el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
	2. Implementar auditorías concurrentes al proceso de facturación de la red hospitalaria.	Dicha actividad no se está realizando, se realizó gestión con las Subgerencias, Coordinación de PYP y Gerencia sobre propuesta para que los directores de los hospitales realicen dicha actividad.	No se evidencia soportes de desarrollo de dicha actividad.	no cumple	se programa el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
Demora en el envío de los RIPS a las EPS	1. Actualización del software validador.	La actualización se realizó en la vigencia 2014, se utiliza el software del ministerio de salud y capital salud respectivamente.	Se evidencia archivos en medio electrónicos respecto a los rips manejados en cada uno de los hospitales la cual es detallada por empresa o radicada según la modalidad de contratación.	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Capacitación permanente a los coordinadores de facturación en validación de rips	Dicha actividad no se realizó capacitación para el primer trimestre, la actividad que se viene desarrollando es asistencia técnica a través del correo electrónico.	No se evidencia soportes de desarrollo de dicha actividad.	no cumple	se programa el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
Aumento de Glosas	2. Implementar auditorías concurrentes al proceso de facturación de la red hospitalaria.	Dicha actividad no se está realizando, se desarrollo gestión con las Subgerencias, Coordinación de PYP y la Gerencia sobre propuesta para que los Directores de los hospitales realicen dicha actividad.	No se evidencia soportes de desarrollo de dicha actividad.	no cumple	se programa el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
posible pérdida de las cuentas de cobro enviadas a las diferentes eps.	Confirmar el envío con el destinatario.	Dicha actividad la realiza el subproceso de Cartera, el envío de la facturación se maneja por medio de correo certificado, se realiza cruce de información a través de las conciliaciones de saldos entre estos subprocesos.	Se evidencia actas de conciliaciones de los meses de mayo junio y julio de 2015, en medio físico, la cual esta debidamente firmada por el proceso de cartera y facturación.	cumple	Se recomienda ajustar formato y reportar a gestión de calidad para aprobación e inclusión en el listado maestro de documentos.
RIESGOS DE CORRUPCIÓN					
Pérdida del efectivo recaudado	1. Realizar registro de las atenciones a particulares.	De la base de datos remitido por los hospitales se determina el total facturado por servicios particulares, adicional a esto se requiere a tesorería listado de ingresos generados por hospital.	Se evidencia consignaciones realizar del hospital de la esmeral, hospital de tame, centro de salud de panama y Cravo Norte, además el reporte de ingresos del subproceso de tesorería. Se evidencia listado de ventas a particulares y sus respectivos recibos de caja consignados, este archivo fue enviado por el proceso de gestión tesorería	cumple	
	2. Efectuar las consignaciones bancarias frecuentemente.	Existe directriz impartida por la Gerencia donde estas consignaciones se deben realizar de manera semanal, y para el caso de fin de mes si este cae en día no hábil se debe reportar en el siguiente día con la observación que corresponde a facturación del mes anterior.	Se verifico procedimiento de consignación en el subproceso de tesorería de la entidad.	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	3. Cobrar las cuotas de recuperacion o copago	para esta vigencia en la contratacion con las diferentes eps que la entidad celebra contrato se establecio no cobra de cuotas modeladoras o copagos		No aplica	
	4. Realizar periódicamente arqueos de caja.	Esta actividad es realizada por los hospitales, la cual es reportada al correo electronico de la coordinacion de facturacion de la sede central.	No se evidencia soportes de desarrollo de dicha actividad.	no cumple	se programa el cumplimiento para el tercer cuatrimestre

GESTIÓN CONTABLE

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Carencia o falta de idoneidad del documento soporte	1. Revisión de la información por parte de las áreas a cargo de verificar los soportes anexos antes de ser esta registrada contablemente.	Se realiza revisión de las cuentas a pagar en cuenta a trámites de requerimientos legales y tributarios.	No se evidencia soportes ya que no manejan registro de las cuentas devueltas por este subproceso por el no lleno de los requisitos.	No cumple	Se recomienda utilizar registro de las cuentas causadas o devueltas a los diferentes procesos o subprocesos de la entidad.
	2. Seguimientos con auditorías de Control Interno Definición de procedimientos con puntos de control donde se establezca responsabilidad.			No aplica	Se recomienda realizar ajuste a dicha actividad a su vez notificar al proceso de gestión planeación para realizar la actualización.
hechos ocurridos sin registro contable	1. Coordinar con el área cartera para que envíe semanalmente el estado de cartera actualizado al área de contabilidad.	Dicha actividad no se esta realizando, a la fecha solo se inicio a realizar los ajustes para que los valores de cartera y contabilidad sean iguales.	No se evidencia sopotes.	No cumple	Se recomienda realizar ajuste a dicha actividad a su vez notificar al proceso de gestión planeación para realizar la actualización.
	2. Dar aplicabilidad a las doctrina del 2 de abril de 2012 de la Contaduría General de la nación.	los registros y operaciones contables se estan manejando de acuerdo a las politicas contables emitidas por la contaduria general de la nación.	se evidencia informacion registrada en el software dinamica	Cumple	
Generación de información contable no confiable	1. Depuración de Inventarios. Aprobación de fichas contables	La entidad actualmente se encuentra realizado proceso de saneamiento de los inventarios a traves de firma externa, se evidencia formato de ficha contable manejada en borrador la cual no se ha remitido a gestion de calidad para aprobación.		No cumple	Se recomienda remitir ficha contable al proceso de Gestión de Calidad para aprobación.
	2. Designación de un funcionario a cargo del saneamiento contable.	Actualmente la entidad cuenta con dos funcionarios para el proceso de saneamiento contable.		Cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Rendición inoportuna de la información financiera y contable de la entidad según requerimientos de órganos de control y vigilancia.	1. Seguimiento al cronograma de presentación y validación de información.	Los informes propios de la entidad se están generando dentro de los tiempos y lineamientos establecidos por los entes de control.	Informe 2193, informe CGN, circular 000009, libro de gastos, informe de gestión a junio de 2015.	Cumple	Se recomienda realizar publicación de los estados financieros en los medios de comunicación utilizados por la entidad de forma mensual.
	2. Desconocimiento en el manejo de las plataformas en las que hay subir la información.	Esta actividad se realiza de forma correcta y de acuerdo a los lineamientos establecidos por los diferentes entes de control	Cargue 2193, cgn, libro de gastos, circular 000009.	Cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					
Exigir a beneficio personal a proveedores ó a contratistas favores por agilizar la causación de las cuentas a su nombre.	1. Resocialización de valores y principios institucionales			No aplica	Se recomienda realizar ajuste a dicha actividad a su vez notificar al proceso de gestión planeación para realizar la actualización.

GESTIÓN SUBGERENTE EN SALUD

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Presentación inoportuna de informes	1. Evaluar a la red hospitalaria en oportunidad en la entrega de la información.	Se realiza seguimiento de forma permanente a la presentación de los informes requeridos de manera interna o externa a los hospitales adscritos a la entidad.	Se evidencia soportes de los diferentes informes presentados como PSFF, CIRCULAR 000009.	cumple	
	2. Realizar requerimientos de la información solicitada por medio electrónico ó escrito según se estime conveniente.	solicitud de informacion	se evidencia las solicitudes realizadas a las diferentes sedes de las correcciones de los cuadros de turnos	cumple	
Generación analisis de información de producción por hospital de manera errónea	1. Reunión con los coordinadores y/o Directores de la red Hospitalaria para análisis de la información.	reuniones y analisis de la informacion	se evidencia acta de pyp donde se tocan temas correspondientes a la red hospitalaria de fecha 21 de julio 2015	cumple	
	2. Verificación de la información recepcionada de la red Hospitalaria con los datos suministrados por el líder del proceso de sistemas de información.	informe de gestion	se evidencia ruta: unidad c- 2015- informe de gestion- (por meses) - informe en word de todos os procesos y sbprocesos	cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Manipulación de la información por amiguismo ó intereses personales	1. Solicitud de la gerencia de los soportes adjuntos a los informes generados	Se generan y entregan informes requeridos por la gerencia, actualmente se presente informe de gestión el cual compila las gestiones adelantadas por los subprocesos que integran el proceso de la Subgerencia en Salud.	Se evidencia soportes de informes de gestión, pendiente informes del segundo trimestre de la vigencia.	No cumple	se hace necesario replantear dicha actividad, la cual debe ser mas especifica de acuerdo al riesgo prgramado.
---	---	---	--	-----------	---

GESTIÓN SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Entrega inoportuna de los informes	1. Solicitar información de manera anticipada a la fecha de vencimiento de presentación de la información a los funcionarios responsables.	se realiza por medio de correo electrónico	se evidencia correos electrónicos enviados a los diferentes procesos y subprocesos de la entidad, solicitando información anticipada a la fecha de vencimiento	cumple	se evidencia seguimiento con fecha 07 de julio de 2015, recordando conciliación entre áreas, para presentación de informes 2193 de 2004, y circular 0009, y correo con fecha 01 de julio 2015, recordando presentar información contable para el informe del plan de saneamiento fiscal y financiero del segundo trimestre de 2015
	2. Solicitar a través del área de control interno permanente seguimiento mensual de los informes que los líderes de los subprocesos del área financiera deben presentar.	este seguimiento se realiza a través del área de gestión integral de control			No aplica
Información generada por el área financiera poco confiable	1. Dar continuidad al control existente con cada subproceso.	se realiza informes de gestión mensualmente	se evidencia informe de gestión del primer trimestre.	cumple	Queda programado su cumplimiento para el tercer seguimiento cuatrimestre.
Suministro tardío de bienes, e insumos, a la red hospitalaria para el cumplimiento de los planes y programas institucionales.	1. Establecer cronograma para ejecución del Plan de compras	se realizo cronograma de plan de compras vigencia 2015	se evidencia cronograma de ejecución de plan de compras para la vigencia 2015	cumple	
	2. Seguimiento periódico al plan de compras	se realiza mediante la certificación y verificación de los contratos	contratos nº 01-023-2015 y 01-024-2015	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	3. Solicitar cronograma de auditorías a los inventarios de consumo de la red hospitalaria al funcionario a cargo del almacén en la sede central.	se realiza auditoria y seguimiento a los inventarios de consumo por parte del proceso de gestión integral de control	el proceso gestión almacén y recursos físicos, certifica la previa revisión de los karex de consumo antes de la auditoria, se evidencia cronograma de visita a hospitales y centros de salud adscritos a la ese moreno y Clavijo	cumple	se programa para el tercer cuatrimestre seguimiento al cronograma de visitas de levantamiento de inventarios en los hospitales y centros de salud
RIESGOS DE CORRUPCION					
Orientación de la contratación de insumos y bienes a favor de terceros o intereses personales.	1. Dar estricto cumplimiento del Plan de Compras.	se realiza de acuerdo a la ejecución del plan de compras	se evidencia cronograma de ejecución de plan de compras para la vigencia 2015	cumple	ejecución trimestralmente, mes junio según cronograma de ejecución de plan de compras vigencia 2015
	2. Analizar las ofertas de los proveedores en el comité de compras evaluando precios y calidad de los productos	se realiza comité de compras	se evidencia actas de comité N° 002 con fecha mes mayo.	cumple	esta programado realizar tercer comité de compras para el mes de abril

GESTION GLOSAS

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Bajo porcentaje de cumplimiento en las conciliaciones programadas	1. Reprogramar citas de conciliación.	Dicha actividad se realiza de la mano con el subproceso de cartera, de acuerdo a la depuración realizada con la empresas se realiza la programación de la citas para conciliar.	Se evidencia correos electronicos, asi mismo se utiliza la via telefonica para realizar dicha gestión, por mes manejan entre 5 y 6 empresas para conciliar.	Cumple	
Inoportunidad en la respuesta de las gloas	1. Verificación de solicitud de soportes	Los soportes son solicitados a través del correo electrónico al facturador y director de los hospitales.	Se evidencia correo electrónico de fecha 27 de julio de 2015 de requerimiento de información, y correo de respuesta de fecha 13 de agosto de 2015.	Cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					
Manipulación de los porcentajes de conciliación a favor de intereses personales ó particuales (Corrupcion)	1. Seguimiento a conciliación.	Dicha actividad desarrollada por los responsables del subproceso de auditorias de cuentas medicas, allí se realiza conciliación de los valores reportados por el subproceso de cartera de la entidad.		No aplica.	Se hace necesario replantear dichas acciones en la elaboración del mapa de riesgos administrativo y de corrupcion de la vigencia 2016.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

GESTION INFORMACION ESTADISTICA

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Inoportunidad en la entrega de los informes estadísticos	1. Verificar datos estadísticos vs servicios facturados. Por medio de observaciones realizadas por correos electrónicos a los técnicos estadísticos.	se realiza correcciones o modificaciones por correo electrónico	se evidencia correos electrónicos de observaciones realizadas a los diferentes hospitales referente a la producción, de los meses de mayo, junio y julio de 2015, se realiza revisión de información mensual	cumple	
Generación de información desactualizada y no validada.					
RIESGOS DE CORRUPCION					
Manipulación de la información	1. Verificar datos estadísticos vs servicios facturados.	se realiza correcciones o modificaciones por correo electrónico	se evidencia cuadro de lo facturado con la producción, según consolidado producción segundo trimestral de todos los hospitales y centros de salud	cumple	

GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Información errada de la encuesta de satisfacción.	1. corregir las fallas de tabulación en el sistema	Se diseño nuevo modelo de encuesta para medir la satisfacción de usuarios, actualmente se esta realizando proceso de consecucion de equipos de computo, a la fecha se continua manejando la herramienta anterior.	Se evidencia oficio con radicado Nro. 7455 remitida a la subgerencia administrativa para requerir equipo de computo, ruta siau 2015- recibo hospitales- carpetas de enero a julio sobre la información de los resultados de la encuesta de satisfacción, para este mes arrojó un cumplimiento del 82%	Cumple	
	2. Hacer seguimiento al personal encargado de dichas tabulaciones	Dicha actividad se desarrolla via telefonica, por medio de visitas, chat, grupo de whatsapp, dicha información es remitida por los hospitales de manera mensual antes de finalizar el mes.	Se evidencia correos enviados y grupo creado por whatsapp de coordinacione de siau.	Cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	3. Retroalimentar a la persona encargada de la medición de la información a tabular	La información tabulada se recibe de cada hospital de forma mensual, dicha información es consolidada en la sede central.	Se evidencia archivo consolidado en medio electrónico -ruta: siau 2015 - consolidado satisfacción global 2015; las inconsistencias se retroalimentan via telefonica y por el grupo del whatsapp.	Cumple	
Inconformidad de los Usuarios.	1. Capacitar al personal asistencial y administrativo en los temas que se requieran según informe de gestión presentado a coordinación SIAU sede central.	Durante el mes de julio se realizó capacitación sobre atención con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado con del DNP, para el mes de agosto de programa capacitación sobre atención al cliente. SENA	Se evidencia la realización de la coordinación de Cravo Norte, Puerto Rondón y Arauquita, Se evidencia listas de asistencia de diez días desarrollados	Cumple	se recomienda organizar los documentos de acuerdo a los lineamientos establecidos por la ley 594 de 2000 y demás normatividad, así mismo las listas de asistencia deben estar completamente diligenciadas y firmadas por el expositor.
	2. Informar de manera oportuna a la coordinación central de SIAU las anomalías del servicio..	Dicha actividad se realiza de forma periodica donde las coordinaciones de la red hospitalaria notifican los inconvenientes o anomalías presentadas para de esta forma dar solución a las mismas.	Se evidencia oficios y correos electrónicos.	Cumple	
	3. Reportar las necesidades de adecuación de la infraestructura y demás que puedan afectar la prestación de un buen servicio a los usuarios.	Se envío oficios solicitando equipos de computo, y adecuación de oficina y talento humano para el hospital san ricardo pampuri.	Se evidencia oficios remitidos a la subgerencia administrativa y a la gerencia respectivamente.	Cumple	
Bajo nivel de retroalimentación en los diferentes niveles del proceso.	1. Realizar mensualmente el comité de usuarios, de ética hospitalaria y de atención al usuario.	Los comites se estan realizando de forma periodica, se cuenta con los soportes de las actas de los comites desarrollados en la red hospitalaria de la entidad.	Se evidencia actas del Hospital San Antonio de Tame Nro. 07 en version anterior al formato aprobado, se verifico la realización de los comites de ética hospitalaria, atención al usuario de fecha 28 de julio de 2015, comite de asociacion de usuarios de fecha 19 de julio de 2015, para el Hospital San Ricardo Pampuri no se evidencia soportes de la realización de dichos comites, Hospital San Juan José de Cravo Norte se evidencia acta 07 de comité de asociación de usuarios, acta 07 de fecha 22 de julio de 2015 comite de ética hospitalaria, Hospital San Francisco de Fortul comite de asociación de usuarios de fecha 16 de julio de 2015, comite del 23 de julio de 2015, comite de usuarios de fecha 23 de julio de 2015.	No cumple	Se recomienda requerir los soportes del desarrollo de los comites de manera mensual con el fin de realizar control y seguimiento al desarrollo de dichos comites de manera oportuna, organizados de acuerdo a los lineamientos establecidos por la ley general de archivo, verificar los formatos utilizados para el manejo de las actas en el Hospital San Antonio de Tame.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Enviar actas y listados de asistencias de cada uno de los comités	Los comites se realizan de manera mensual en cada uno de los hospitales de la entidad.	Se evidencia actas del Hospital San Antonio de Tame Nro. 07 en version anterior al formato aprobado, se verifico la realización de los comites de etica hospitalaria, atencion al usuario de fecha 28 de julio de 2015, comite de asociacion de usuarios de fecha 19 de julio de 2015, para el Hospital San Ricardo Pampuri no se evidencia soportes de la realización de dichos comites, Hospital San Juan José de Cravo Norte se evidencia acta 07 de comité de asociación de usuarios, acta 07 de fecha 22 de julio de 2015 comite de etica hospitalaria, Hospital San Francisco de Fortul comite de asociación de usuarios de fecha 16 de julio de 2015, comite del 23 de julio de 2015, comite de usuarios de fecha 23 de julio de 2015.	No cumple	
	3. Solicitar a la oficina de control interno auditorias	las auditorias son propias del procesos		No aplica	deberá realizarse solicitud de cambio de la actividad al proceso de planeación y sustituirla por un seguimiento o acción a realizar
RIESGOS DE CORRUPCION					
Asignación de citas por amiguismo o favores personales ignorando el orden de atención por llegada.	1. Dar prioridad al orden establecido por llegada para la atención de usuarios.	se establece la atención por orden de programación de citas	se establece la atención por orden de programación de citas	Cumple	
Manipulación de los resultados de las encuestas de atención al usuario.	1. Confrontación del resultado obtenido con el resultado objeto de estudio.	Se maneja reporte de encuesta de satisfacción del usuario de manera mensual a su vez se realiza consolidado de la información por parte del coordinador de la sede central, información que se evidencia en los informes de gestión, para el mes de julio arrojó un resultado del 82%.	Se evidencia informes de gestión presentados al proceso de salud de manera mensual.	Cumple	

GESTION PRESUPUESTO

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Inapropiada estimación del presupuesto	1. Recopilar información histórica	para el segundo trimestre del año no aplica, teniendo en cuenta que dicha actividad se desarrolla para la elaboración del presupuesto a manejar en la proxima vigencia.		no aplica	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Corroborar los datos antes de certificar en cada una de las áreas.	dicha actividad se desarrolla en la elaboración y aprobación del presupuesto por la próxima vigencia.		no aplica	
Falla en la codificación del presupuesto	2. Revisión previa y verificación de los actos administrativos	Se realiza revisión a los ajustes realizados al presupuesto la cual es desarrollada por el técnico de presupuesto, apoyo de presupuesto y subgerencia administrativa respectivamente.	Se evidencia acuerdo Nro. 017 del 14 de mayo de 2015, Nro. 020 del 28 de mayo de 2015, Nro. 023 del 3 de julio de 2015, 024 del 3 de julio de 2015, donde se manejaron las adiciones realizadas al presupuesto, adicional se realizaron traslados de acuerdo a resolución 174 del 07 de julio de 2015.	cumple	
Registro inadecuado de movimientos presupuestales en cada una de sus fases	1. Verificación de la modificación.	Dicha actividad se realiza después de aprobada la resolución de ajuste al presupuesto, ingresándose la información al módulo de presupuesto.	Se verifica información en el módulo del presupuesto donde se ingresa los rubros aprobados por el CODFI tanto el ingreso como el gasto.	cumple	
Pérdida de documentación del área de presupuesto	1. Dar aplicabilidad a la normativa de archivo.	El archivo se encuentra organizado, clasificado y foliados.	Se evidencia archivo organizado y entregado al proceso de gestión documental de las vigencias 2011 y 2013, la vigencia 2014 se encuentra en proceso de organización.	N.a	
	2. Creación de mecanismo de control para préstamo de documentos	Para el segundo trimestre del año no se han generado préstamo de documentos, manejan un libro de radicado para la entrega de los documentos a las diferentes procesos y subprocesos.	Se evidencia libro de registro y control.	cumple	
registro doble por interfaz pagos, tesorería o por error de digitación	1. Corroborar información con el área de tesorería, auditoría diaria y generación de notas presupuestales	Se realiza revisión de forma diaria de acuerdo a esa revisión se realizan los ajustes respectivos.	No se evidencia acta de conciliación Nro. 05 a corte mayo de 2015, para los meses de junio y julio no se evidencia actas de conciliación de los pagos generados.	No cumple	
RIESGOS DE CORRUPCIÓN					
Errores en la ejecución presupuestal al efectuar gastos sin disponibilidad presupuestal	1. Asignar disponibilidad presupuestal a los gastos a realizar	Todo gasto está soportado con el CDP y RP	Se evidencia soportes de CDP elaborados en el equipo de cómputo del subproceso de presupuesto.	cumple	

RESULTADO CONSOLIDADO AUDITORIA MAPA DE RIESGOS ADMINISTRATIVO, DE CORRUPCIÓN Y PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO.

Teniendo en cuenta las acciones programas por cada uno de los procesos y subprocesos de la entidad para mitigar los riesgos, a continuación se presentan los resultados de forma consolidada de acuerdo al cumplimiento de estas acciones:

PROCESO Y/O SUBPROCESO	NUMERO RIESGOS IDENTIFICADOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Gestión Estratégica	5	4	1	0
Gestión Ambiental	20	12	1	6
Gestión Garantía de la calidad	10	9	1	0
Gestión Documental	3	0	3	0
Gestión Jurídica Y Contratación	3	2	1	0
Gestión Planeación	6	6	0	0
Gestión Salud Ocupacional	8	4	4	0
Gestión Sistema Y Tecnología	9	4	4	1
Gestión Tesorería	10	6	4	0
Gestión Talento Humano	15	11	4	0
Gestión De Recursos Físicos Y Almacén	14	7	2	2
Gestión Biomédica	3	2	1	0
Protección Específica Y Detención Temprana	12	12	0	0
Gestión De Calidad	2	2	0	0
Gestión Auditorias Medicas	3	0	0	3
Gestion glosas	3	2	0	1
Gestión Cartera	6	6	0	0
Gestión De Facturación	11	5	5	1
Gestión Contable	9	4	3	2
Gestión Subgerente En Salud	5	4	1	0
Gestión Subgerencia Administrativa Y Financiera	8	7	0	1
Gestión Y Atención Al Usuario	11	8	2	1
Gestion información estadística	2	2	0	0
Gestión Presupuesto	8	4	1	3

De acuerdo a la auditoría realizada, esta oficina puede concluir que existe un grado de adherencia y aplicación de estas herramientas dentro de los procesos y subprocesos de la entidad arrojando un resultado global del 72%.

Los soportes y evidencias mencionadas en la auditoría realizada al Mapa de riesgos administrativos de corrupción y plan anticorrupción y de atención al ciudadano reposan en los archivos de los procesos y subprocesos auditados.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

RESULTADOS DEL SEGUNDO SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ADMINISTRATIVO DE CORRUPCIÓN Y AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS DE LOS HOSPITALES SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO RONDON, SAN ANTONIO DE TAME, CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL Y PANAMA DE ARAUCA ADSCRITOS A LA ENTIDAD

Teniendo en cuenta el plan de auditorías para la vigencia 2015 y la normatividad vigente, me permito informar los resultados del segundo seguimiento a los mapas de riesgos de los procesos y subprocesos de los hospitales san Antonio de Tame, san Juan de Dios de Puerto Rondón y los centros de salud Juan de Jesús coronel y panamá de Arauca, dicho cumplimiento se ve reflejado en la realización de acciones en riesgos, a continuación se describen el porcentaje adquirido de acuerdo a dicho seguimiento por cada proceso con el fin de evitar eventos que puedan entorpecer el normal desarrollo de las funciones.

HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA

DIRECCION DE SEDES

En este primer seguimiento realizado en el segundo cuatrimestre, se encontraron ocho (08) riesgos, de los cuales dos (02) no aplican para esta auditoría, las demás actividades programadas se están realizando, lográndose un porcentaje de cumplimiento del 83.33% así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Entrega Inoportuna de Informes	1. Conciliar la información con las áreas de estadísticas y facturación.	se realiza un macro comité, consolidando la información apropiada y pertinente	se evidencia informe de gestión de enero a julio de 2015, los cuales muestra la producción y la facturación, se observa levantamiento de plan de mejoramiento de la conciliación de las áreas de estadística y facturación, a partir de los meses de mayo, de los procesos referencia y contra referencia, alimentación y rayos x, y en el mes de junio al proceso de pai	cumple	se revisaron los informes de gestión de los meses de abril, mayo, junio y julio de 2015, y los planes de mejoramiento según

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Realizar seguimiento en las fechas de entrega de informes	se envía cada informe en los tiempos correspondiente	se evidencia pantallazos de envío de los diferentes informes de los meses de enero a julio de 2015	cumple	se evidencias carpetas de nombres de información estadística, área de facturación, farmacia, relación de ingresos de personal y la relación de personal contratado, y demás informes
	3. Concientizar al personal de la entrega de la información confiable a la sede central y entes de control respectivos	se realiza código de ética de buen gobierno	se evidencia listado de asistencia a la socialización del código de ética y de buen gobierno	cumple	
Toma de decisiones erradas	1. Definir responsabilidades en la retroalimentación de la información.	socialización del manual de comunicaciones	no se evidencia socialización del manual de comunicaciones	no cumple	el manual de comunicaciones esta aprobado por gestión de calidad GIF-MA-001
	2. Establecer canales de comunicación de la red Hospitalaria a la sede central y viceversa.	comunicación por medio de correo institucional, líneas telefónicas institucional, correo certificado	se evidencia correo institucional, líneas telefónicas institucional, correo certificado	cumple	
Posible falta en la gestión administrativa.	1. Solicitud de asesoría para formulación de POA, articulados con la Planeación Estratégica de la entidad.	solicitar asesoría a la asesora de planeación	no se ha presentado ninguna asesoría	No aplica	para este año no se ha presentado ninguna asesoría
	2. Redefinición de compromisos en los acuerdos de gestión.	a la fecha no se ha realizado reunión de acuerdo de gestión		No aplica	a la fecha no se ha realizado reunión de acuerdo de gestión
RIESGOS DE CORRUPCION					
clientelismo y favorecimiento a terceros	aplicación de la legislación vigente	se realiza verificación contrato vs entrega, actividades ejecutas	Se evidencia actas de supervisión de contratos de los meses de enero a julio. certificación de contratos de prestación de servicio al personal en medio magnético	cumple	

CONSULTA EXTERNA

En este seguimiento se encontraron doce (12) riesgos, de los cuales una (01) actividades programada no se está realizando correctamente, y en las restante se observa gestiones realizadas, por lo anterior se ve reflejado un cumplimiento del 91.6% de la siguiente forma:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Posibles dificultades para la atención de los usuarios	1. Establecer horario para facilitar la programación del Mantenimiento Preventivo / Correctivo	programacion de visitas por medio de cronograma	se evidencia cronogra de visitas para mantenimiento de equipos para el mes de septiembre y noviembre	cumple	Se evidencia seguimiento a las fechas previstas de acuerdo al calendario.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Reporte inmediato de fallas de equipos.	reportar a la sede central oficina de fallas de equipos biomedicos	se evidencian oficios reportando las de los equipos biomedicos e industriales	cumple	se evidencian oficios donde solicita mantenimiento al equipo de rayos x, unidades portatiles y autoclave.
	3. Verificación de cumplimiento de turnos programados.	según cronograma de turno	Se evidencian visitas extratemporales para solucionar problemas de calibracion de equipos de odontologia	cumple	Se evidencian soportes de revisión
	4. Solicitar a subgerencia de salud y coordinador de facturación la contratación de servicios a prestar a cada una de las EPS	solicitud de la contratación de las diferentes eps	se evidencia copias en medio magnetico de los contratos con los diferentes eps	cumple	para esta vigencia 2015 se evidencia otros si en medio magnetico
Inadecuada Adherencia a las guías y protocolos	1. Socialización de guías y protocolos institucionales.	socializar con el personal las guías y protocolo institucionales	No se evidencian soportes de socialización de las guías de atención al PAI, salud oral, manual de Bioseguridad, demanda inducida y fomento a la salud, guía practica clinica, para vih en adolescentes y gestantes, guía de atención del parto y recién nacido, sífilis congénita y gestacional, atención de la hipertensión arterial, diabetes, mellitis, y club de hipertensos, atención temprana al adulto mayor, alteraciones del embarazo, alteraciones del joven de 10 a 29 años,	cumple	Se cuenta con listados de asistencia a todas las socializaciones.
	2. Realizar evaluaciones periódicas	no se realiza evaluaciones	no se evidencia seguimiento o evaluaciones a las guías o manuales de procedimientos despues de socializadas	no cumple	
Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos.	1. Actualización de la documentación del proceso.	formatos aprobados por gestion de calidad	Se evidencia formato de eventos adversos actualizado y en cada area.	cumple	
	2. Seguimiento a eventos adversos del proceso.	se realiza comité mensual de eventos adversos	se evidencia actas de comité eventos adversos durante el periodo auditado.	cumple	
Bajo nivel de satisfacción en el servicio por parte de usuarios.	1. Capacitaciones de atención	se programan cinco capacitaciones cada mes	se evidencia registro de asistencia a las capacitaciones impartidas por la coordinadora siau DURANTE EL PERIODO EDITADO, ENERO A JULIO.	cumple	Existen listas de asistencia.
	2. Solicitud de Mantenimiento de equipos de manera oportuna	reporte de indicador de satisfaccion al usuario	se evidencian las encuestas de satisfaccion al usuario en medio fisico fisico hasta el mes de junio.	cumple	documentos fisicos.
RIESGOS DE CORRUPCION					
No cobro del servicio por amiguismo ó favores politicos	1. Verificación que el servicio prestado, efectivamente se haya cobrado	se realiza conciliacion entre produccion y facturacion	Se evidencia seguimiento por parte de direccion y administración a los procesos de facturación, los recursos particulares son reportados a administración, se evidencian consignaciones a la cuenta de la ESE.	cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Asignación de citas por amiguismo o favores personales ignorando el orden de atención por llegada.	1. Solicitar auditorías administradores de hospitales ó centros de salud y seguimiento continuos.	se realiza asignacion de citas de forma presencial un dia antes	se evidencia asignacion de citas en medio físico y pantallazos del cargue de dichas citas al sistema.	cumple	
--	---	---	---	--------	--

URGENCIAS

En este Mapa de Riesgo se encontraron diez (10) riesgos, de los cuales se evidencia, seis (06) de los enunciados no se están realizando las actividades programas adecuadamente, por lo que se muestra un porcentaje del 40 % de cumplimiento así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Demora en la prestación del servicio de urgencias	1. Realizar el triaje más exigente.	se realiza registro diario por paciente del triaje	se evidencia formato de triaje sin debía aprobación por gestión de calidad, se realizo formato desde el mes de abril hasta el de junio de 2015	no cumple	para los meses de junio, julio y lo corrido de agosto de 2015 no se está realizando el triaje
	2. Programar de manera adecuada de turnos.	se realiza cuadros de turnos	se evidencia los cuadros de turnos de médicos, enfermería y auxiliares de enfermería, en medio físico, verificando la asistencia del personal asistencial de turno del día de hoy	cumple	
	3. Simplificar formatos de Urgencias.	formatos aprobados por gestión de calidad	se evidencia formatos aprobados por gestión de calidad	no cumple	no se está diligenciando, el formato del triaje, el formato de referencia y contra referencia debidamente aprobados por gestión de
Inadecuada Adherencia a las guías y protocolos del servicio	1. Socialización y resocialización de guías, protocolos,	se realiza socialización al personal	no se han socializado guías y protocolos del servicio de urgencias	no cumple	queda programado su cumplimiento para el tercer cuatrimestre
	2. Solicitar Auditorías de Calidad al proceso.	se programa de acuerdo al proceso de garantía de calidad	no se evidencia solicitud de auditoria	no cumple	no se ha realizado auditoria por parte de gestión garantía de calidad, queda programado su cumplimiento para el segundo cuatrimestre
	3. Evaluar al personal la adherencia a guías, protocolos del proceso.	se realiza evaluación trimestral	no se evidencia evaluaciones	no cumple	se programada la socialización de las respectivas guías y su respectiva evaluación de adherencia

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Possible Ocurrencia de eventos adversos	1. Realizar auditorías de calidad al proceso.	según programación del asesor de garantía de calidad	no se presentaron eventos adversos para los meses de enero A Julio, se lleva su seguimiento mensual en un formato no aprobado por gestión de calidad	no cumple	este indicador queda programado para el tercer cuatrimestre, si no se realiza dichas auditoría se dará por no cumplido
RIESGOS DE CORRUPCION					
No facturación del Servicio de Urgencia por amiguismo ó favores personales.	1. Solicitar al proceso de talento humano resocialización código de ética a funcionarios del proceso.	se realiza socialización al personal	se evidencia listado de asistencia de la socialización del código de ética y buen gobierno, con fecha 17 de febrero de 2015.	cumple	Para el mes de abril queda programada la socialización y resocialización del código de ética y de buen gobierno.
Possible hurto de los insumos ó medicamentos.					
Possible pérdida de las pertinencias de los usuarios atendidos	1. Diseñar formato para entrega y recibo de pertenencias de los usuarios del servicio a familiares.	se diseña según gestión de calidad	se evidencia urg-002 manual de manejo de cadena de custodia en sedes hospitalarias, y formatos urg-fo-004, registro de cadena de custodia	Cumple	
	2. Solicitar a la líder del proceso de calidad, la aprobación del formato.	se aprueba según gestión de calidad	se evidencia formatos aprobados por gestión de calidad	Cumple	

LABORATORIO CLINICO

Para este 1º Mapa de Riesgo se encontraron doce (12) riesgos, de los cuales se evidencia que uno (01) riesgos no aplica para este primer seguimiento, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 72.7 % así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Deterioro de insumos	1. Solicitar adecuación del área física de almacenamiento,	instalaciones adecuadas para el funcionamiento		No aplica	según solicitud cuando se requiera
	2. registro diario de temperaturas, seguimiento al mantenimiento y limpieza del área, actualización de kardex.	se realiza seguimiento diario de temperatura y sitio ambiente, kardex en medio magnético de enero, febrero y marzo	Kardex en medio magnético de los meses de enero a junio de 2015, se evidencia cuadro de turnos de servicio generales, en cuanto a limpieza del área de laboratorio clínico	no cumple	No se evidencia registro diario de temperaturas aprobados por gestión de calidad. Se programa su cumplimiento para el tercer cuatrimestre
	3. Solicitar mantenimiento en las neveras.	según cronograma de programación	no se evidencia registro de visita de mantenimiento de las neveras del áreas	no cumple	se programa cumplimiento para el próximo cuatrimestre

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Resultados erróneos	1. socialización de manuales y protocolos, calibración de equipos, seguimiento de kardex	se realiza socialización al personal de laboratorio clínico	Se evidencia protocolos y manuales en medio magnético	cumple	
inapropiado seguimiento a manuales y protocolos	1. actualización de manuales y	según actualización y aprobación por parte de gestión de calidad	Se evidencia protocolos y manuales en medio magnético	cumple	
	2. Listar la documentación faltante por documentar	documentos faltantes	se evidencia solicitud de formatos con fecha 11 de junio de 2015, dirigida al administrador, solicitando formatos de temperatura a neveras y demás faltantes	cumple	
	3. socialización y verificación de los mismos		se evidencia carpeta que contiene toda la documentación	Cumple	
eventos adversos	1. registro de los eventos presentados en el proceso	se realiza registro de los eventos adversos	no se presentaron eventos adversos para los meses de enero a julio de 2015	cumple	
	2. capacitación al personal	se realiza capacitación al personal	no se evidencia capacitación de eventos adversos	no cumple	queda programado el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
Inoportunidad en la prestación de servicios de laboratorio	1. solicitud oportuna de insumos.	se realiza solicitud mensual	se evidencia oficio en medio físico de solicitudes de papelería y reactivos a la farmacia del hospital, con fecha 18 de junio de 2015	cumple	se recomienda utilizar el formato aprobado por gestión de calidad, se programa cumplimiento para el tercer cuatrimestre
RIESGOS DE CORRUPCION					
realizar exámenes sin facturación	Verificación diaria de facturación.	se realiza orden por medico facturada	se evidencia libro donde se registra el numero de factura del examen realizado desde enero a la fecha de auditoria	cumple	
venta de insumos para lucro personal	seguimiento del kardex	se realiza seguimiento mensual	se evidencia kardex actualizados de las entradas y salidas de insumos de laboratorio de los meses de enero a junio	cumple	

HOSPITALIZACION

Para este primer seguimiento al Mapa de Riesgo se encontraron diez (10) riesgos, de los cuales se evidencia un porcentaje del 70.00 % de cumplimiento así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Infecciones Nosocomiales y cruzadas	1. Capacitar al personal en utilización de medidas de protección	se realiza capacitación al personal	se evidencia socialización del manual de bioseguridad	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Solicitar con anticipación implementos de protección personal	se realiza solicitudes a gestión almacén y recursos físicos	se realiza solicitud al administrador y/o a gestión farmacia	cumple	
Inadecuado diligenciamiento de las Historias clínicas.	1. Capacitación en diligenciamiento, apertura y cierre de Historias clínicas.	se realiza capacitación al personal	no se ha realizado	no cumple	queda programado el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
	2. Seguimiento continuo al diligenciamiento de las historias clínicas.	se revisa la historia clínica y se realiza registro en libro historias clínicas	se evidencia libro de historia clínica, nombre paciente, n° de historia, el diagnóstico, entrega y recibido, fecha de entrega	cumple	
Aumento en las complicaciones en paciente hospitalizado	Ajuste de documentación del proceso	se utilizan los formatos aprobados por gestión de calidad	se reviso historia clínica de paciente de nombre Hilda María Pineda Barahona, fecha de ingreso 09-08-2015, evidenciando buena adherencia de los formatos actualizados y aprobados por gestión de calidad	cumple	
Posible fuga de usuarios	1. Implementar fichas de salida para control de pacientes	se diligencia ficho de salida	se evidencia ficho de salida	cumple	
Usuarios insatisfechos con el servicio	1. Solicitud de pedidos de manera oportuna.	se realiza requerimiento hoja de pedido	se evidencia hoja de pedidos solicitando insumos al área de gestión farmacia.	no cumple	se evidencia formato no aprobado por gestión de calidad, se programa cumplimiento para el tercer cuatrimestre de 2015
	2. Seguimiento y Control al cuadro de turnos.	se realiza seguimiento en un libro	se evidencia libro de entrega de turno	cumple	
	3. Capacitación a personal asistencial en servicio al cliente.	se realiza capacitación al personal	se evidencia listado de asistencia de capacitación en servicio al cliente E humanización del servicio con fecha 30 de julio de 2015	cumple	se realizo a todo el personal
Posible Ocurrencia de eventos adversos	1. capacitación y evaluación en manejo de guías, y documentación asociada al proceso.	se realiza capacitación al personal	no se ha realizado	no cumple	queda programado el cumplimiento para el tercer cuatrimestre

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

En el siguiente Mapa de Riesgo se encontraron cinco (05) riesgos, de los cuales uno (01) no aplica para este seguimiento, se evidencia un porcentaje del 25% de cumplimiento.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Demora en el traslado de pacientes (Búsqueda y remisión)	1. Simplificar el trámite del acceso del servicio.	se realiza entrada del paciente, se diagnostica, se diligencia el triage	no se evidencia el diligenciamiento del triage a partir de 03 de junio de 2015, de abril hasta mayo de 2015 se diligencio pero no en el formato adecuado	no cumple	se programa el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
	2. Eliminar el triage de pacientes remitidos.			No aplica	se recomienda realizar ajuste para el segundo cuatrimestre
	3. Crear y socializar el protocolo de remisiones, anticipación de pacientes y preparación de unidad en centro receptor.	se realiza capacitación al personal	no se ha realizado	no cumple	queda programado el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
	4. Priorización de facturación de pacientes a remitir.	se realiza prioridad las 24 horas	se evidencia formato de referencia y contra referencia	no cumple	no se esta utilizando el formato aprobado por gestión de calidad
RIESGOS DE CORRUPCION					
No cobro del servicio por favores personales ó a terceros.	1. Realizar seguimiento que los servicios prestados hayan sido efectivamente cobrados.	se hace verificación de derechos del paciente, se envía el anexo a la respectiva Eps y se factura para previo cobro	se realiza seguimiento de la facturación de las remisiones de manera interdiaria, por parte de la dirección del hospital	cumple	según plan de mejoramiento levantado por la dirección

IMÁGENES DIAGNOSTICAS

En el siguiente Mapa de Riesgo se encontraron once (11) riesgos, de los cuales uno (01) no aplica para este seguimiento, se evidencia un porcentaje del 70% de cumplimiento.

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Error al designar decibeles para la toma de la imagen según la parte del cuerpo	1. Socialización del protocolo al funcionario que practica la toma de muestra.	se socializa protocolo con funcionario	se evidencia el protocolo técnica de manejo en radiología e imágenes diagnosticas código imd-pt-001	cumple	
	2. Evaluación permanente de las guías, protocolos del proceso.	se realiza seguimiento al funcionario	no se evidencia seguimiento o evaluación de las guías y protocolos	no cumple	queda programado el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
	3. Cumplir con el cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos	se realiza de acuerdo al cronograma de programación	se realizo visita en el mes de mayo y visitas frecuentes, se evidencia hojas de vida de los equipos biomédicos del servicio de rayos x	cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Eventos Adversos	1. Solicitar acompañante para la toma de las imágenes.	cuando se presentan casos como toma de un niño, o adulto mayor	se realiza solicitud de acompañamiento del familiar debidamente protegido, con delantal plomado y cuello toroide	cumple	se realiza de forma verbal la solicitud del acompañante
	2. Ajuste de guías, protocolos del proceso	guías y protocolos aprobados por gestión de calidad	se evidencia carpeta de la documentación del servicio en medio magnético, en donde contiene tres protocolos actualizados y aprobados por gestión de calidad	cumple	
	3. Solicitud de mantenimiento preventivo de la procesadora.	se realiza de acuerdo al cronograma de programación	se evidencia solicitud de parte de la líder del servicio, se ha realizado mantenimiento a la procesadora	cumple	se evidencia soporte en la hoja de vida de la procesadora
Baja adherencia a protocolo, guías de manejo del proceso	1. Actualización de las guías, manuales,	guías y protocolos aprobados por gestión de calidad	se evidencia carpeta de la documentación del servicio en medio magnético, en donde contiene tres protocolos actualizados y aprobados por gestión de calidad	cumple	uso permanente
	2. Evaluación permanente a la adherencia a las guías, manuales, protocolos del proceso.	se realiza seguimiento al funcionario	no se evidencia seguimiento o evaluación de las guías y protocolos	no cumple	queda programado el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
Exposición de funcionarios alta gama de rayos x de alta frecuencia al entrar al cuarto donde se procesan las imágenes diagnósticas	1. Socializar el funcionamiento del cuarto de rayos X a los demás funcionarios.	se realiza capacitación al personal	no se evidencia socialización al personal	no cumple	queda programado el cumplimiento para el tercer cuatrimestre
RIESGOS DE CORRUPCION					
No facturación del servicio por amiguismo o favores a terceros.	1. Verificar que los archivos tanto central como por áreas cumpla con las características y condiciones adecuadas	se realiza previa facturación y orden medica	se verifica en el sistema Sócrates la facturación del servicio de rayos x, las que no se encuentran facturadas, se realiza notificación y se ajusta la factura	cumple	
	2. Establecer cronograma depuración de historias clínicas.			No aplica	se recomienda realizar ajuste para el tercer cuatrimestre

GESTION FARMACIA

En el siguiente Mapa de Riesgo se encontraron once (11) riesgos de los cuales se evidencia que tres (03) de ellos no aplican para este seguimiento, se observa un porcentaje de cumplimiento del 87.5%.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Entrega medicamento erróneo ó vencidos	1. Evaluar continuamente adherencia a protocolos, procedimientos del proceso.	socializacion de protocolos y procedimiento por gestion de calidad	se evidencia la utilizacion de instructivos para baja de medicamentos, instructivo para estado de semaforizacion, se evidencia en los medicamentos de la farmacia, acta de receción técnica	cumple	
	2. Actualización de la documentación del proceso. 3. Aplicar el instructivo de baja de medicamentos	se utilizan la documentacion aprobada por calidad	se evidencia la adherencia de la documentacion aprobada por calidad de los formatos que actualmente se utilizan, se eseptuan el formato de sociedad a la Ese de medicamentos y el de solicitud de medicamentos por cada area ya de la ese enviaron un formato no aprobado, se evidencia el envio del plan de nececidades de enero a julio a la sede central	cumple	
Oportunidad en la entrega de medicamentos y DM	1. Dar aplicabilidad al programa de tecnico vigilancia, y reactivovigilancia	se realiza vigilancia por parte del lider del proceso	se evidencia el instructivo programas farmacovigilancia y tecnicovigilancia aprobado por la uaesa, se evidencia la utilizacion de los manuales de programa de farmacovigilancia y tecnico vigilancia aprobados los gestion de calidad	No aplica	
	2. Realizar seguimientos a programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia.	se realiza vigilancia por parte del lider del proceso	no se realiza seguimiento al programa farmacovigilancia y tecnicovigilancia	No aplica	No es competencia del auxiliar sino del regente o el químico.
Inadecuada adherencia a las guías y protocolos	1. Actualizar guías Evaluaciones Capacitaciones	se realiza vigilancia por parte del lider del proceso	se cuenta con las guías pero no se observan evaluaciones ni capacitaciones	no cumple	
	2. Solicitar Seguimiento a planes de mejora		Se observa seguimieno al area y se establecen estrategias de mejora.	cumple	no se han realizado planes de mejoramiento
RIESGOS DE CORRUPCION					
Compra de Insumos, DM y medicamentos proximos a vencer	1. Hacer lista de chequeo de lo recibido, corrección	se realiza comprobante de ingreso, acta de entrega, acta de recepcion tecnica, verificando informacion acorde con los manuales y procedimientos	se evidencia comprobante de ingreso nº 001, actas de recepcio tecnica nº 001 y acta de entrega	cumple	formatos aprobados por gestion de calidad
	2. Informe a la ESE de las inconsistencias	se realiza por medio escrito al administrador, con copia al procesos de gestion almacen y recursos fisicos	No se videncias inconsistencias durante el periodo auditado.	cumple	no se han presentado inconcistencia

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Entrega de medicamentos y DM sin facturar	1. Verificación de la facturación de los servicios del proceso.	Se realiza seguimiento diario para verificar la eficiencia en la facturación de los medicamentos a las áreas.	Durante el periodo auditado se evidencia el seguimiento al proceso de facturación de los medicamentos entregados.	cumple	se evidencian registros físicos.
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			n.a	realizar ajuste para el proximo cuatrimestre
Entrega inoportuna de los pedidos de Insumos, DM, y medicamentos	Hacer prestamos con la red de hospitales de la ESE o del Departamento	se realiza rotacion de medicamentos	Se evidencia formato de rotacion de medicamentos.	cumple	

APOYO LOGISTICO

Para este primer seguimiento al Mapa de Riesgo se encontraron once (11) riesgos, uno (01) de las actividades programadas no aplican, y el restante se evidencia un porcentaje del 100 % de cumplimiento así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Posible contaminación por EPP	1. Resocialización de las guías y protocolos del proceso.	El personal con alta posibilidad de contaminación debe contar con los EPP necesarios.	Se evidencia la entrega de EPP a los trabajadores que tienen alto grado de exposición	cumple	Se evidencia socialización del manual de bioseguridad de la ESE Moreno y Clavijo por cada área.
	2. Garantizar el suministro oportuno de EPP e insumos necesarios para garantizar la protección de los hospitales a la sede central.	se realiza solicitud al proceso de almacén y recursos físicos	Se evidencia solicitud en medio electrónico de los meses de enero a Julio.	cumple	Se evidencia la entrega del Plan de necesidades a la ESE.
	3. Verificación del cumplimiento del plan de adquisiciones de la vigencia.	se realiza registro de entradas de epp y material de aseo	se evidencia entrega parcial de elementos de aseo y epp	cumple	
Incumplimiento de los protocolos aseo y desinfección de las áreas	elaboración y cumplimiento de los planes de compra	se realiza solicitud de necesidades trimestral y anualmente	se evidencia el plan de necesidades del primero y segundo trimestre.	cumple	
alta concentración de olores contaminantes	1. instalación de ventilación mecánica.	se encuentra en área semi cerrada	se observa buena ventilación en el área de lavandería	cumple	
Accidente laboral por elementos cortopunzantes en las diferentes áreas y/o Accidente laboral por mal manejo de equipos	1. resocialización de los protocolos de manejo de los RH-	se diligenció formato de rh	Se evidencian formatos de actas de socialización de protocolos de recolección de Rh	cumple	
	2. Elaborar panorama de riesgos insitucional			No aplica	no se ha realizado la aprobación

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

industriales	3. capacitacion al nuevo personal	se realiza capacitacion al personal de servicio general	se evidencia socializacion de capacitaciones de manejo de rh en la fuente, bioseguridad, señalizacion, manua de bioseguridad, rutas de recolección	cumple	
Incumplimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos industriales y zonas verdes	1. eleboracion y cumplimiento de los planes de compra	se realiza cronograma de mantenimiento de equipos industriales	Se observa seguimiento a los cronogramas de mantenimiento.	cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					
Perdida de insumos de aseo por mal manejo o por hurto	entrega controlada de los insumos	se realiza registro y control de entrega de insumos	se evidencia registro de la entrega con recibido de los insumos a las distintas areas.	cumple	
bajo nivel de seguridad en las instalaciones	capacitacion a personl de vigilancia	Se evidencia cuadro de turno de vigilancia.	Se cuenta con 6 vigilantes dos permanentes de acuerdo a los turnos. Se evaluan constantemente.	cumple	se evidencia solicitud de capacitacion a la empresa avizor ltda.

HISTORIAS CLINICAS

Para este primer seguimiento al Mapa de Riesgo se encontraron cuatro (04) riesgos, de los cuales se evidencia un porcentaje del 50 % de cumplimiento así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Posible Pérdida y deterioro de historias clínicas	1. Verificar que los archivos tanto central como por áreas cumpla con las características y condiciones adecuadas	se realiza según ley 594 de 2000, resolución 1995 de 1999	Se encuentra el archivo de gestión e historiado en proceso de organización, depuración y clasificación.	no cumple	
	2. Establecer cronograma depuración de historias clínicas.	se realiza cronograma para la depuración de historias clínicas	no se evidencia cronograma para la depuración de historias clínicas	no cumple	se evidencia metas alcanzadas de 300 historias por mes durante los meses de mayo, junio y julio
RIESGOS DE CORRUPCION					
Posible quebranto a la custodia, confidencialidad de las historias clínicas de los pacientes a solicitud de terceros o intereses personales	1. Capacitación a la personal asistencia en manejo y custodia de las Historias clínicas y documentos médico legales.	se realiza capacitación al personal	se evidencia listado de asistencia de capacitación de depuración de historias clínicas al personal de archivo	cumple	
	2. Diseñar mecanismos en la red Hospitalaria que permitan restringir y controlar el acceso a las historias clínicas.	se custodia las historias en físico	se evidencia área cerrada por el funcionario de historias clínicas y un libro formato prestamos de historias clínicas	cumple	se evidencia letrero o aviso de área para solo personal autorizado

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

ANALISIS DEL SEGUIMIENTO

Se realizó seguimiento al 90% de los servicios misionales del hospital san Lorenzo de Arauca, mostrando en la siguiente grafica los resultados del segundo seguimiento del mapa de riesgos administrativos y de corrupción por servicio.

Se concluye que los servicios con el porcentaje más bajo fueron urgencias, referencia y contrareferencia, apoyo terapéutico e historias clínicas, mostrando un porcentaje inferior al 60%. Se deduce que el hospital san Lorenzo de arauquita manifiesta un porcentaje promedio de cumplimiento de todos los servicios del 62.7%.



HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA

DIRECCION DE SEDES

En este primer seguimiento se encontraron ocho (08) riesgos, de los cuales se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100% así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Entrega Inoportuna de Informes	1. Conciliar la información con las áreas de estadísticas y facturación.	se realiza un macro comité, consolidando la información apropiada y pertinente	se evidencia informe de gestión en medio magnéticos de enero a julio de 2015, los cuales muestran la producción y la facturación, se evidencia además las actas de facturación de enero a julio de 2015	cumple	Se revisaron los informes de gestión de los meses de abril, mayo, junio y julio de 2015.
	2. Realizar seguimiento en las fechas de entrega de informes	se envía cada informe en los tiempos correspondiente	se reviso fecha de envió de los informes de gestión en el correo institucional del hospital, de los meses de enero a julio de 2015, con fechas de envió	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	3. Concientizar al personal de la entrega de la información confiable a la sede central y entes de control respectivos	se realiza código de ética de buen gobierno	antes de la fecha de corte se evidencia listado de asistencia a la socialización del código de ética y de buen gobierno de fecha 09 de febrero de 2015	cumple	
Toma de decisiones erradas	1. Definir responsabilidades en la retroalimentación de la información.	socialización del manual de comunicaciones	se evidencia manual de comunicaciones GIF-MA-001, con fecha 13 de mayo de 2015	cumple	
	2. Establecer canales de comunicación de la red Hospitalaria a la sede central y viceversa.	comunicación por medio de correo institucional, líneas telefónicas institucional, correo certificado	se evidencia correo institucional, líneas telefónicas institucional, correo certificado	cumple	
Posible falta en la gestión administrativa.	1. Solicitud de asesoría para formulación de POA, articulados con la Planeación Estratégica de la entidad.	solicitar asesoría a la asesora de planeación	se ha realizado asesorías por vía telefónica y correo electrónico para la ejecución y adquisición de herramientas que demuestres el cumplimiento del POA vigencia 2015	cumple	
	2. Redefinición de compromisos en los acuerdos de gestión.	se realiza acuerdo de gestión	se evidencia acuerdo de gestión enviado a la gerencia de la sede central con fecha 28 de enero de 2015, verificado mediante el correo institucional	cumple	a la fecha no se ha realizado reunión de acuerdo de gestión
RIESGOS DE CORRUPCIÓN					
clientelismo y favorecimiento a terceros	aplicación de la legislación vigente	se realiza verificación contrato vs entrega, actividades ejecutas	Se evidencia actas de supervisión de contratos de los meses de enero a julio. certificación de contratos de prestación de servicio al personal en medio magnético	cumple	

CONSULTA EXTERNA

En este seguimiento se encontraron doce (12) riesgos, de los cuales uno (01) no aplica para este seguimiento, se observa gestiones realizadas, por lo anterior se ve reflejado un cumplimiento del 90.9% de la siguiente forma:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Posibles dificultades para la atención de los usuarios	1. Establecer horario para facilitar la programación del Mantenimiento Preventivo / Correctivo	programación de visitas por medio de cronograma	se evidencia cronograma de visitas para mantenimiento de equipos para el mes de marzo y julio de 2015	cumple	se evidencia hojas de vida de los equipos biomédicos de consulta externa

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Reporte inmediato o de fallas de equipos.	reportar a la sede central oficio de fallas de equipos biomédicos	se evidencia reporte de las fallas de equipos biomédicos de forma electrónica, de los meses de abril y mayo de 2015	cumple	se reviso correo institucional del director
	3. Verificación de cumplimiento de turnos programados.	según cronograma de turno	se evidencia visita programada para mayo y junio	n.a	
	4. Solicitar a subgerencia de salud y coordinador de facturación la contratación de servicios a prestar a cada una de las EPS	solicitud de la contratación de las diferentes Eps	se evidencia copias en medio magnético de los contratos con los diferentes Eps	cumple	
Inadecuada Adherencia a las guías y protocolos	1. Socialización de guías y protocolos institucionales.	socializar con el personal las guías y protocolo institucionales	se evidencia circular nº 009 de 19 de febrero de 2015, programación de la socialización de las guías de atención integral de los programas de pyp, de las cuales a la fecha se encuentran al día con la programación, guías socializadas, resolución 769, detención de alteraciones del embarazo, atención preventiva de atención oral, alteraciones del crecimiento y desarrollo. por otro lado se tiene programadas para el día 10 de abril socialización de guías de ira no neumónica, dengue, según circular nº 002 del 01 de abril de 2015	cumple	
	2. Realizar evaluaciones periódicas	no se realiza evaluaciones	no se evidencia seguimiento o evaluaciones a las guías o manuales de procedimientos después de socializadas	no cumple	
Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos.	1. Actualización de la documentación del proceso.	formatos aprobados por gestión de calidad	se evidencia formato aprobado por gestión de calidad, no se han presentado eventos adversos	cumple	
	2. Seguimiento a eventos adversos del proceso.	se realiza comité mensual de eventos adversos	no se evidencia reporte de eventos adversos	cumple	
Bajo nivel de satisfacción en el servicio por parte de usuarios.	1. Capacitaciones de atención	se programan cinco capacitaciones cada mes	se evidencia registro de asistencia a las capacitaciones impartidas por la coordinadora siau de los meses de enero a julio de 2015	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Solicitud de Mantenimiento de equipos de manera oportuna	reporte de indicador de satisfacción al usuario	se evidencia el indicador de gestión, % de satisfacción del usuario de los meses de enero, febrero y marzo por encima de la meta establecida de 80%	cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					
No cobro del servicio por amiguismo ó favores políticos	1. Verificación que el servicio prestado, efectivamente se haya cobrado	se realiza conciliación entre producción y facturación	se evidencia factura de la prestación del servicio de LISETH VALENTINA JEREZ JEREZ	cumple	
Asignación de citas por amiguismo o favores personales ignorando el orden de atención por llegada.	1. Solicitar auditorías administradores de hospitales ó centros de salud y seguimiento continuos.	se realiza de manera personal y en orden de llegada, dando prioridad a la norma de taquilla preferencial	se evidencia asignación de citas en medio físico	cumple	

URGENCIAS

En este Mapa de Riesgos se encontraron diez (10) riesgos, de los cuales se evidencia un porcentaje del 100 % de cumplimiento así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Demora en la prestación del servicio de urgencias	1. Realizar el triaje más exigente.	se realiza registro diario por paciente del triaje	se evidencia formato de triaje CODIGO MIS-FO-042	cumple	se evidencia el triaje debidamente diligenciado, además se envía informe mensual de la clasificación de los triaje a la dirección del hospital para previo seguimiento
	2. Programar de manera adecuada de turnos.	se realiza cuadros de turnos	Se evidencia los cuadros de turnos de médicos, enfermería y auxiliares de enfermería y conductores de ambulancias, en medio físico, verificando la asistencia del personal asistencial de turno del día de hoy	cumple	
	3. Simplificar formatos de Urgencias.	formatos aprobados por gestión de calidad	se evidencia historia clínica con fecha 04 de agosto de 2015, nombre Belarmino niño Uribe, se verifico los formatos aprobados y en últimas versiones	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Inadecuada Adherencia a las guías y protocolos del servicio	1. Socialización y resocialización de guías, protocolos,	se realiza socialización al personal	se evidencia listado de asistencia a socializaciones y capacitaciones de la siguiente manera: enero 3 guías, febrero 4 protocolos, marzo 2 guías, un protocolo y 01 manual, abril, 6 protocolos, 3 guías y 1 manual, mayo, 3 guías y 4 protocolos, junio 2 planes de acción y 4 protocolos, julio 4 guías	cumple	se evidencia cronograma para el año 2015
	2. Solicitar Auditorías de Calidad al proceso.	se programa de acuerdo al proceso de garantía de calidad	se evidencia visita de garantía de calidad en los meses de marzo, abril y mayo	cumple	
	3. Evaluar al personal la adherencia a guías, protocolos del proceso.	se realiza evaluación trimestral	se evidencia la evaluación mediante una reunión cada 15 días, acta de servicio de urgencias, se observan 08 actas	cumple	en cada reunión se evalúa las guías socializadas y los aspectos a mejorar
Possible Ocurrencia de eventos adversos	1. Realizar auditorías de calidad al proceso.	según programación del asesor de garantía de calidad	se evidencia reporte de eventos adversos en los formatos aprobados y actualizados por gestión de calidad, se realiza reporte mensual a la sede central	cumple	se evidencia formados de los meses de enero a julio de 2015
RIESGOS DE CORRUPCION					
No facturación del Servicio de Urgencia por amiguismo ó favores personales.	1. Solicitar al proceso de talento humano resocialización código de ética a funcionarios del proceso	se realiza socialización al personal	se evidencia listado de asistencia de la socialización del código de ética y buen gobierno, con fecha 09 de febrero de 2015	cumple	
Possible hurto de los insumos ó medicamentos.					
Possible pérdida de las pertinencias de los usuarios atendidos	1. Diseñar formato para entrega y recibo de pertenencias de los usuarios del servicio a familiares.	se diseña según gestión de calidad	se evidencia urg-ma-002 manual de manejo de cadena de custodia en sedes hospitalarias, y formatos urg-fo-004, registro de cadena de custodia	cumple	
	2. Solicitar a la líder del proceso de calidad, la aprobación del formato.	se aprueba según gestión de calidad	se evidencia formatos aprobados por gestión de calidad	cumple	

LABORATORIO CLINICO

En el Mapa de Riesgo se encontraron doce (12) riesgos, de los cuales se evidencia que en tres (03) riesgos no aplican para este primer seguimiento, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 55.56% así:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Deterioro de insumos	1. Solicitar adecuación del área física de almacenamiento,	instalaciones adecuadas para el funcionamiento	se evidencia oficio solicitando aires acondicionados para el área de laboratorio clínico con fecha en medio electrónico	cumple	se remiten solicitud a gestión gerencia
	2. registro diario de temperaturas, seguimiento al mantenimiento y limpieza del área, actualización de kardex.	se realiza seguimiento diario de temperatura y sitio ambiente, kardex en medio magnético de enero a julio	Kardex en medio magnético de los meses de enero a julio de 2015, se evidencia cuadro de turnos de servicio generales, en cuanto a limpieza del área de laboratorio clínico	cumple	
	3. Solicitar mantenimiento en las neveras.	según cronograma de programación	manifiestan que la nevera es nueva que solo lleva 18 días de uso, la anterior no se le realizo mantenimiento	no cumple	se programa cumplimiento para el próximo cuatrimestre
Resultados erróneos	1. socialización de manuales y protocolos, calibración de equipos, seguimiento de kardex	se realiza socialización al personal de laboratorio clínico	Se evidencia listados de asistencia a socialización del personal de laboratorio clínico de un (01) protocolos de esterilización	no cumple	falta socialización de manuales y protocolos, se programa cumplimiento para el tercer cuatrimestre
inapropiado seguimiento a manuales y protocolos	1. actualización de manuales y	según actualización y aprobación por parte de gestión de calidad	Se evidencia protocolos y manuales en medio magnético	cumple	se evidencia carpeta con todos los manuales y protocolos
	2. Listar la documentación faltante por documentar	documentos faltantes	se evidencia un solo formato sin aprobar registro diario de resultados de hematología, uro análisis y química, inmunología y parasitología	cumple	son formatos diseñados por iniciativa del coordinador de área, los demás formatos que están utilizando, están aprobados por gestión de calidad
	3. socialización y verificación de los mismos		se evidencia carpeta que contiene toda la documentación	cumplir	
eventos adversos	1. registro de los eventos presentados en el proceso	se realiza registro de los eventos adversos	se presentaron eventos adversos 04 de mayo de 2015, se realizo seguimiento y capacitación del evento, se observa formatos adecuados de los meses de de enero a julio de 2015	cumple	
	2. capacitación al personal	se realiza capacitación al personal	se evidencia capacitación de toma de muestra, según evento reportado el 04 de mayo de 2015	cumple	
Inoportunidad en la prestación de servicios de laboratorio	1. solicitud oportuna de insumos.	se realiza solicitud mensual	se evidencia solicitudes por correo institucional de las necesidades cuando se requiera	cumple	se recomienda utilizar oficio aprobados por gestión de calidad
RIESGOS DE CORRUPCIÓN					

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

realizar exámenes sin facturación	Verificación diaria de facturación.	se realiza con la factura anexa	Se evidencia la facturación de los exámenes de consulta externa, y se realiza verificación por Sócrates de los exámenes de urgencias.	cumple	
venta de insumos para lucro personal	seguimiento del kardex	se realiza seguimiento mensual	se evidencia kardex actualizados de las entradas y salidas de insumos de laboratorio de los meses de enero a julio	cumple	

HOSPITALIZACION

Para este primer seguimiento al Mapa de Riesgo se encontraron diez (10) riesgos, de los cuales uno (01) no aplica, se evidencia un porcentaje del 100 % de cumplimiento así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Infecciones Nosocomiales y cruzadas	1. Capacitar al personal en utilización de medidas de protección	se realiza capacitación al personal	se evidencia socialización del manual de bioseguridad, protocolo de lavado de manos	cumple	
	2. Solicitar con anticipación implementos de protección personal	se realiza solicitudes a gestión almacén y recursos físicos	se realiza solicitud a gestión farmacia, al igual el director realiza solicitud de las necesites a la sede central, a la oficina de recursos físicos y almacén	cumple	
Inadecuado diligenciamiento de las Historias clínicas.	1. Capacitación en diligenciamiento, apertura y cierre de Historias clínicas.	se realiza capacitación al personal	se evidencia socialización de apertura y cierre de historias clínicas, con fecha 04 de agosto de 2015, se evidencia inducción del personal entrante por toda el hospital	cumple	Se sugiere enviar formato a gestión de calidad para ser aprobado.
	2. Seguimiento continuo al diligenciamiento de las historias clínicas.	se revisa la historia clínica y se realiza registro en libro historias clínicas	se evidencia libro de historia clínica, nombre paciente, n° de historia, el diagnostico, entrega y recibido, fecha de entrega	cumple	
Aumento en las complicaciones en paciente hospitalizado	Ajuste de documentación del proceso	se utilizan los formatos aprobados por gestión de calidad	se evidencia historia clínica con fecha 04 de agosto de 2015, nombre Belarmino niño Uribe, se verifico los formatos aprobados y en últimas versiones, evidenciando buena adherencia de los formatos revisados	cumple	

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Possible fuga de usuarios	1. Implementar fichas de salida para control de pacientes	se diligencia ficho de salida	se evidencia ficho de salida	cumple	este ficho se presenta en portería en la salida del paciente
Usuarios insatisfechos con el servicio	1. Solicitud de pedidos de manera oportuna.	se realiza requerimiento hoja de pedido	en el hospital de Pampuri, en el momento no se cuenta con contratos de suministro de insumos y medicamentos con ninguna Eps	n.a	
	2. Seguimiento y Control al cuadro de turnos.	se realiza seguimiento en un libro	se evidencia libro de entrega de turno, de los médicos, formato de entrega y salida de turno de enfermería	cumple	
	3. Capacitación a personal asistencial en servicio al cliente.	se realiza capacitación al personal	se evidencia listado de asistencia de capacitación en servicio al cliente E humanización del servicio con fecha 30 de julio de 2015	cumple	se realizo a todo el personal
Possible Ocurrencia de eventos adversos	1. capacitación y evaluación en manejo de guías, y documentación asociada al proceso.	se realiza capacitación al personal	se evidencia diligenciamiento del formato de eventos adversos y se evidencia socialización de las diferentes guías asociadas al proceso	cumple	

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

En el siguiente Mapa de Riesgo se encontraron cinco (05) riesgos, de los cuales uno (01) no aplica para este seguimiento, se evidencia un porcentaje del 100% de cumplimiento.

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Demora en el traslado de pacientes (Búsqueda y remisión)	1. Simplificar el trámite del acceso del servicio.	se realiza entrada del paciente, se diagnostica, se diligencia el triaje	Se evidencia el formato triaje debidamente diligenciado, en cada historia clínica y remisión, e informe mensual	Cumple	
	2. Eliminar el triaje de pacientes remitidos.			No aplica	se recomienda realizar ajuste para el segundo cuatrimestre
	3. Crear y socializar el protocolo de remisiones, anticipación de pacientes y preparación de unidad en centro receptor.	se realiza capacitación al personal	se evidencia socialización de la guía ejecución triaje de urgencias, con fecha 20 de enero de 2015, prototoco de referencia y contra referencia de fecha 05 de junio de 2015, protocolo de transporte de paciente, 23 de junio de 2015	Cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	4. Priorización de facturación de pacientes a remitir.	se realiza prioridad las 24 horas	se evidencia formato de referencia y contra referencia, código RYC-FO-001, versión 04	Cumple	se realiza prioridad al facturar las remisiones, para ella se realiza de acuerdo al triaje
RIESGOS DE CORRUPCION					
No cobro del servicio por favores personales ó a terceros.	1. Realizar seguimiento que los servicios prestados hayan sido efectivamente cobrados.	se hace verificación de derechos del paciente, se envía el anexo a la respectiva Eps y se factura para previo cobro	se realiza seguimiento de la facturación de las remisiones por medio de cruce de información entre el informe del triaje mensual vs registro diario de referencia de pacientes con lo facturado	Cumple	según informe de triaje

APOYO TERAPEUTICO

En el siguiente Mapa de Riesgo se encontraron nueve (09) riesgos, de los cuales se evidencia que en uno (01) de ellos no aplica para este seguimiento, se evidencia un cumplimiento del 100% así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Inadecuada Sistematización de las historias clínicas.	Capacitación Sistema Sócrates, gestión de pedido equipo de computo, mantenimiento equipo.	no se manejan historias clínicas		No aplica	se recomienda realizar ajuste para el tercer cuatrimestre de la vigencia.
Inadecuada adherencia a las guías y protocolos	Realizar seguimiento al área de control y auditoría.	socialización de guías y protocolos	se evidencia guía atp-gc-001, guía de atención terapéutica, atp-pt-001, protocolo de atención para terapia física	cumple	
deficiencia en la prestación del servicio	1. Adquirir instrumental para el área de fisioterapia	se cuenta con solicitudes de instrumentos y equipos	se evidencia solicitudes en medio magnético enviados a la sede central	cumple	se realizan solicitudes
inadecuada acceso al servicio de fisioterapia	ampliación y acondicionamiento en el área de fisioterapia	adecuada para prestar el servicio	se evidencia área adecuada para la prestación del servicio	cumple	
Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos.	informar y explicar al usuario sobre las posibles riesgos durante el tratamiento	se realiza seguimiento de eventos adversos	se evidencia registro de eventos adversos fisioterapia	cumple	no se han presentado eventos adversos
optimización en los resultados del tratamiento	1. crear base de datos de cada paciente	se realiza registro de pacientes en proceso	se evidencia registro en medio Físico de los pacientes atendidos durante los meses de enero a julio de 2015	cumple	
	2. gestión de pedido implementos de trabajo,	se realiza requerimiento a solicitud de la necesidad	no se ha realizado solicitudes, la encargada del área compra los insumos del área desde el año pasado	cumple	se recomienda realizar solicitudes por escrito a la dirección del hospital para hacer requerimientos a la sede central

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	3. concientizar al familiar ó al cliente para gestión de su transporte.	se realiza charla al paciente de la importancia de la continuidad de la terapia y la asistencia	los pacientes se moviliza en su totalidad al servicio del hospital	cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					
No cobro del servicio por amiguismo ó favores políticos	1. Verificación que el servicio prestado, efectivamente se haya cobrado	se realiza terapia previa orden medica, factura y autorización	se evidencia paquete de cobro que contiene, factura, orden medica y previa autorización de la Eps	cumple	

GESTION FARMACIA

En el siguiente Mapa de Riesgo se encontraron once (11) riesgos de los cuales se evidencia que cuatro (04) de ellos no aplican para este seguimiento, se observa un porcentaje de cumplimiento del 100%.

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Entrega medicamento erróneo ó vencidos	1. Evaluar continuamente adherencia a protocolos, procedimientos del proceso.	socialización de protocolos y procedimiento por gestión de calidad	Se evidencia la utilización de instructivos para baja de medicamentos, instructivo para estado de semaforización, se evidencia en los medicamentos de la farmacia, acta de recesión técnica. Manual de manejo de farmacia RYC-PR-001, VERSION 01, Instructivo recepción técnica, código GFM-IN-003, VERSION 01,	cumple	
	2. Actualización de la documentación del proceso. 3. Aplicar el instructivo de baja de medicamentos	se utilizan la documentación aprobada por calidad	se evidencia la adherencia de la documentación aprobada por calidad de los formatos que actualmente se utilizan	cumple	
Oportunidad en la entrega de medicamentos y DM	1. Dar aplicabilidad al programa de técnico vigilancia, y reactivo vigilancia	se realiza vigilancia por parte del líder del proceso	se evidencia el instructivo programas farmacovigilancia y tecnicovigilancia aprobado por la uaes, se evidencia la utilización de los manuales de programa de farmacovigilancia y técnico vigilancia aprobados los gestión de calidad	cumple	
	2. Realizar seguimientos a programas de farmacovigilancia y tecno vigilancia.	se realiza vigilancia por parte del líder del proceso	se evidencia informe de auditoría y seguimiento al proceso gestión farmacia por parte de dirección	cumple	

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Inadecuada adherencia a las guías y protocolos	1. Actualizar guías Evaluaciones Capacitaciones			No aplica	se encuentran en proceso de aprobación
	2. Solicitar Seguimiento a planes de mejora	se realiza plan de mejoramiento	se evidencia plan de mejoramiento de fecha enero de 2015	cumple	se ha realizado seguimiento por parte del director
RIESGOS DE CORRUPCION					
Compra de Insumos, DM y medicamentos próximos a vencer	1. Hacer lista de chequeo de lo recibido, corrección	se realiza comprobante de ingreso, acta de entrega, acta de recepción técnica, verificando información acorde con los manuales y procedimientos	se evidencia comprobantes de ingresos y egreso, actas de recepción técnicas y acta de entrega, de los meses de enero a julio	cumple	formatos aprobados por gestión de calidad
	2. Informe a la ESE de las inconsistencias	se realiza por medio escrito a la administradora, con copia al procesos de gestión almacén y recursos físicos		No aplica	no se han presentado inconsistencia
Entrega de medicamentos y DM sin facturar	1. Verificación de la facturación de los servicios del proceso.	se realiza facturación directa por parte del proceso gestión farmacia según orden medica	se evidencia el total de medicamentos facturados, para los meses de enero a julio de 2015	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			No aplica	realizar ajuste para el próximo cuatrimestre
Entrega inoportuna de los pedidos de Insumos, DM, y medicamentos	Hacer prestamos con la red de hospitales de la ESE o del Departamento	se realiza rotación de medicamentos	se evidencia formato de rotación de medicamentos de los meses de enero a junio, en su formato aprobado por gestión de calidad	cumple	

APOYO LOGISTICO

Para este seguimiento al Mapa de Riesgo se encontraron once (11) riesgos, dos (03) de ellos no aplican, y el restante se evidencia un porcentaje del 87.5 % de cumplimiento así:

RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Posible contaminación por EPP	1. Resocialización de las guías y protocolos del proceso.			No aplica	no se han aprobado guías y protocolos para este proceso

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

	2. Garantizar el suministro oportuno de EPP e insumos necesarios para garantizar la protección de los hospitales a la sede central.	se realiza solicitud al proceso de almacén y recursos físicos	se evidencia solicitud en medio electrónico al proceso gestión ambiental de los epp para el personal de este hospital	cumple	
	3. Verificación del cumplimiento del plan de adquisiciones de la vigencia.	se realiza registro de entradas de epp y material de aseo	se evidencia entrega parcial de elementos de aseo y epp, se evidencia entradas en los kardex de aseo de los meses de enero a julio en donde hubo lugar	cumple	
Incumplimiento de los protocolos aseo y desinfección de las áreas	elaboración y cumplimiento de los planes de compra	se realiza solicitud de necesidades trimestral y anualmente	se evidencia el plan de necesidades del primer y segundo trimestre	cumple	
alta concentración de olores contaminantes	1. instalación de ventilación mecánica.	se encuentra en área semi cerrada	se observa buena ventilación en el área de lavandería	cumple	
Accidente laboral por elementos corto punzantes en las diferentes áreas y/o Accidente laboral por mal manejo de equipos industriales	1. resocialización de los protocolos de manejo de los RH-	se diligencia formato de Rh	no se evidencia socialización de los Rh	no cumple	se programa su cumplimiento para el tercer cuatrimestre
	2. Elaborar panorama de riegos institucional			No aplica	no se ha realizado la aprobación
	3. capacitación al nuevo personal	se realiza capacitación al personal de servicio general	se evidencia socialización del manual de bioseguridad	cumple	
Incumplimiento de mantenimiento preventivos y correctivo de equipos industriales y zonas verdes	1. elaboración y cumplimiento de los planes de compra	se realiza cronograma de mantenimiento de zonas verdes	se evidencia cronograma de mantenimiento de zonas verdes, y mantenimiento de equipos industriales	cumple	
RIESGOS DE CORRUPCION					
Perdida de insumos de aseo por mal manejo o por hurto	entrega controlada de los insumos	se realiza registro y control de entrega de insumos	se evidencia registro de la entrega con recibido de los insumos a las distintas áreas, de los meses de enero a julio de 2015	cumple	
bajo nivel de seguridad en las instalaciones	capacitación a personal de vigilancia			No aplica	Ajustar para el próximo seguimiento. empresa de vigilancia privada

HISTORIAS CLINICAS

Para este seguimiento se encontraron cuatro (04) riesgos, de los cuales se evidencia un porcentaje del 25 % de cumplimiento así:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

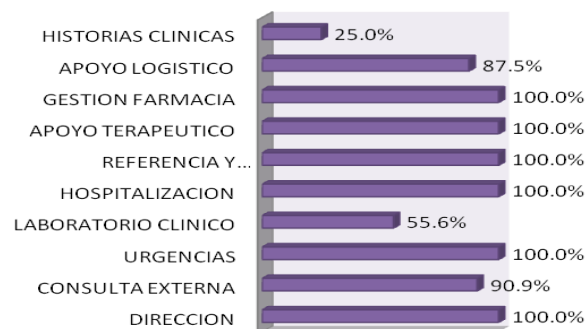
RIESGOS	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RIESGOS ADMINISTRATIVOS					
Posible Pérdida y deterioro de historias clínicas	1. Verificar que los archivos tanto central como por áreas cumpla con las características y condiciones adecuadas	se realiza según ley 594 de 2000, resolución 1995 de 1999	Se encuentra el archivo de gestión e histórico en proceso de organización, depuración y clasificación.	no cumple	
	2. Establecer cronograma depuración de historias clínicas.	se realiza cronograma para la depuración de historias clínicas	no se evidencia cronograma para la depuración de historias clínicas	no cumple	se evidencia metas alcanzadas de 320 historias clínicas por mes durante los meses de enero a julio de 2015
RIESGOS DE CORRUPCION					
Posible quebranto a la custodia, confidencialidad de las historias clínicas de los pacientes a solicitud de terceros o intereses personales	1. Capacitación al personal asistencial en manejo y custodia de las Historias clínicas y documentos médico legales.	se realiza capacitación al personal	se evidencia listado de asistencia de capacitación de depuración de historias clínicas al personal de archivo	Cumple	
	2. Diseñar mecanismos en la red Hospitalaria que permitan restringir y controlar el acceso a las historias clínicas.	se custodia las historias en físico	se evidencia área cerrada por el funcionario de historias clínicas y un libro formato prestamos de historias clínicas, además se evidencia letrero o aviso de área restringida solo personal autorizado	no cumple	se evidencia libro de préstamo a partir del 01 de agosto de 2015, los meses anteriores se llevaba relación en formatos no aprobados por gestión de calidad

ANALISIS DEL SEGUIMIENTO

De la auditoria realizada al hospital San Ricardo Pampuri de la Esmeralda a los procesos y subprocesos misionales se concluye que los servicios con porcentajes mas bajos de cumplimiento son, historias clínicas y laboratorio clínico, como lo muestra la siguiente grafica.

El promedio de cumplimiento del primer seguimiento de todos los servicios auditados fue de un 85.9%.

% DE CUMPLIMIENTO 2º SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y DE CORRUPCION



“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

SEGUNDO SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO

Para la realización de esta auditoría se tomó como referencia el cronograma del plan antes mencionado, el cual contempla los riesgos de acuerdo a los mecanismos de medición como son las estrategias anticorrupción, anti tramites, de rendición de cuentas y mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

A continuación se describen los resultados arrojados en segundo seguimiento realizado a corte 30 de agosto de 2015, para los riesgos y las acciones desarrolladas por los responsables de los mismos, teniendo en cuenta cada uno de los mecanismos y medidas aplicadas de acuerdo a la norma, con el fin de evitar eventos que puedan entorpecer el normal desarrollo de las funciones.

No.	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES A REALIZAR	ABRIL 30	AGOSTO 31	RESPONSABLE
1	ESTRATEGIA DE RIESGOS DE CORRUPCION	Actualizar el Mapa de Riesgos Administrativos y de Corrupción de la Entidad para la vigencia 2015.	se cuenta la herramienta actualizada para la vigencia 2015 sujeto a cualquier cambio o modificación que se presente por parte de los procesos	Dicha actividad se desarrollo una vez al año, de igual forma a la fecha el subproceso de gestion almacén y recursos físicos ha realizado ajustes y actualizaciones al mapa de riesgos administrativo y de corrupcion.	Planeación Líderes Procesos y subprocesos
2		Socializar al personal el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	se realizo socializacion a toda la red hospitalaria y sede administrativa	Dicha actividad se realizo en el primer cuatrimestre del año.	Planeación
3		Publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano en la cartelera institucional de las diferentes sedes de la Entidad.	se evidencia registro fotografico de la difucion del plan anticorrupcion y atencion al ciudadano en las carteleras de la red hospitalaria adscrita a la ese moreno y clavijo	Dicha actividad se realizo en el primer cuatrimestre del año.	Planeación Directores Hospitales y Centros de Salud
4		Divulgar a través de la página web de la ESE el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y los seguimientos realizados al mismo, para conocimiento de los funcionarios de la ESE Moreno y Clavijo y de la comunidad en general.	se evidencia publicacion el plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano en la pagina web,	Dicha actividad se realizo en el primer cuatrimestre del año.	Planeación Sistemas y Tecnología Control Interno
5		Publicar en la página web con criterios de fácil acceso a la ciudadanía los planes, programas y proyectos, para que la ciudadanía los conozca y pueda opinar y hacer sugerencias sobre los mismos.	se evidencia la publicacion en la pagina web los diferentes planes y programas de la entidad como plan anticorrupcion y atencion al ciudadano, mapa de riesgos administrativos y de corrupcion, normograma	dicha actividad se realizo en el primer cuatrimestre del año.	Planeación Sistemas y Tecnología
6		Garantizar que los procesos contractuales se publiquen oportunamente, según el Manual de Contratación de la ESE.	el cargue de los contratos se está realizando extemporáneamente de la fecha estipulada en el manual de contratación.	el cargue de los contratos se está realizando extemporáneamente de la fecha estipulada en el manual de contratación.	Jurídica

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

7		Garantizar el cumplimiento de requisitos para los procesos contractuales, de acuerdo al Manual de Contratación de la Entidad.	Para cumplir con los requisitos contractuales según el manual de contratación se estableció un formato hoja de ruta, el cual contiene los requisitos exigidos por la entidad para la legalización y cobro de cuentas.	Para cumplir con los requisitos contractuales según el manual de contratación se estableció un formato hoja de ruta, el cual contiene los requisitos exigidos por la entidad para la legalización y cobro de cuentas.	Jurídica
8		Realizar capacitación al personal de la ESE en el Componente de la Administración del Riesgo y cultura del autocontrol y autoevaluación.	se encuentra programada en el plan de capacitaciones institucional de la ese moreno y clavijo para realizar en el tercer cuatrimestre de la actual vigencia	Se encuentra programada en el plan de capacitaciones institucional de la ese moreno y clavijo para realizar en el tercer cuatrimestre de la actual vigencia	Planeación Control Interno Gestión de Calidad
9		Realizar auditorías al Mapa de Riesgos Administrativos y de Corrupción de la ESE Moreno y Clavijo.	se realizo el primer seguimiento a los procesos y subprocesos de la sede administrativa central y a los procesos de los hospitales san juan de dios de puerto rondón, san antonio de tame, centro de salud juan de jesús coronel y centro de salud de panamá	Se realizo el segundo seguimiento a los procesos y subprocesos de la sede administrativa central y a los procesos de los hospitales San Lorenzo de Arauquita y San Ricardo de Pampuri.	Control Interno
1	ESTRATEGIA ANTITRAMITES	Registrar en el SUIT 3.0 los trámites que de acuerdo al inventario definido por el DAFP corresponden a la ESE Moreno y Clavijo	se evidencia y revisa la pagina del suit 3.0 en donde se publica los tramites que por norma corresponden a las empresas sociales del estado	dicha actividad se esta realizando de acuerdo a los lineamientos de la norma	Planeación
2		Implementar el servicio de citas médicas telefónicas	se ha implementado el servicio de citas telefonicas en los hospitales, falta implementar linea telefonica en el centro de salud de panama y hospital san ricardo de pampuri, se esta gestionando la linea 018000 en la sede central	Para el segundo cuatrimestre del año se realizo tte para asignar linea telefonica en el centro de salud de panama de arauca.	SIAU Subgerencia en Salud Subgerencia Administrativa Gerente
3		Recibir, radicar y remitir información y correspondencia por internet o intranet a los usuarios, personal que labora en la ESE Moreno y Clavijo y demás Entidades interesadas.	se realiza la radicación de la correspondencia externa, realizando entrada por la ventanilla única, para su debida distribución en los procesos y subprocesos de la entidad, al igual que la correspondencia interna.	Dicha actividad se continua realizando con la radicación de la correspondencia externa, realizando entrada por la ventanilla única, para su debida distribución en los procesos y subprocesos de la entidad, el mismo manejo se le da a la correspondencia interna.	Unidad de Correspondencia Gestión de Archivo Sistemas y Tecnología
4		Elaborar, aprobar e implementar el procedimiento de comunicación electrónico para la correspondencia interna de la Entidad, evitando la radicación de oficios físicos	no existe la estructura tecnológica para implementar ese proceso, a la fecha no se ha realizado.	Dicha actividad continua igual.	Gestión de Archivo procesos y subprocesos de la Entidad Sistemas y Tecnología Gestión de Calidad
5		Enviar al personal y a los usuarios vía internet o intranet acciones de capacitación, inducción o reinducción y socialización, reduciendo el tiempo y costo de las capacitaciones presenciales y brindando espacios de fácil acceso al personal y los usuarios.	para la vigencia 2015 no se ha realizado ninguna actividad utilizando los medios de comunicación como el internet y el intranet.	se realiza induccion en la sede central para la vinculacion del personal asistencial y administrativo según formato gth-fo-004 version 2 que reposa en las hojas de vida y caapcitaciones	Talento Humano Subgerencia Administrativa Procesos de la Entidad Sistemas y Tecnología

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

6		Implementar el servicio electrónico de presentación de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias por parte de los usuarios de los servicios de salud.	se implemento en la pagina web de la entidad un espacio para las pqrsl.	dicha herramienta ya se encuentra en funcionamiento y se cuenta habilitada en la pagina web de la entidad, la coordinacion de la sede central realiza revisión de dicha información de manera semanal.	SIAU Subgerencia en Salud Gerente Información y Comunicación
7		Definir el procedimiento de cuentas a pagar a proveedores donde se establecerá el tiempo para el trámite en cada una de las instancias, los roles y responsabilidades de cada proceso que hace parte del mismo.	el procedimiento se realiza en el siguiente orden para el tramite, legalización y pago de las cunetas o la ruta de pago, comienza en jurídica donde se consolida los requisitos para el debido cobro, se dirige a gestión integral de control, donde se revisa que los requisitos cumplan de acuerdo con el manual de contratación, después pasa por gestión contabilidad donde se causa, con debida revisión del contador y aprobación de la subgerente administrativa, y el ordenador del gasto que es el gerente, y por último a tesorería para respectivo pago. sin embargo este procedimiento no se encuentra documentado ni aprobado por gestión de calidad	Dicha actividad se viene realizando de igual forma.	Subgerencia Administrativa Gerente
1	ESTRATEGIA SERVICIO AL CIUDADANO	Diseñar y difundir material visual del portafolio de servicios de la Entidad	Se diseño el portafolio de servicio de la entidad, pero no se ha difundido en las diferentes sedes adcritas a la ese moreno y clavijo.	Para este cuatrimestre la actividad continua igual ya que los responsables de la realización de la misma no han iniciado el procedimiento de socialización y difusión del portafolio de servicios.	Gerente SIAU Garantía de Calidad Subgerencia en Salud
2		Revisar semanalmente el buzón de sugerencias de la sede central, Hospitales y Centros de Salud adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	se realiza de forma semanal, evidencias en las actas de apertura de buzón de sugerencia, en la sede central se realiza la apertura pero no se realiza acta.	Esta actividad se sigue realizando de manera semanal evidenciadas en las actas de apertura de los buzones.	SIAU Subgerencia en Salud Garantía de Calidad
3		Difundir los deberes y derechos de los usuarios en los hospitales, centros y puestos de salud adscritos a la ESE Moreno y Clavijo, mediante charlas educativas.	se evidencia registro fotografico de los deberes y derechos de los usuarios en cada uno de los hospitales y centros de salud adscritos a la ese moreno y clavijo.	Para este cuatrimestre la entidad continua con el procedimiento de difundir los deberes y derechos en la red hospitalaria.	SIAU Subgerencia en Salud Garantía y gestión de Calidad Sistemas de Información
4		Medir el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.	se evidencia informe mensual de medición de satisfacción del usuario ante la subgerencia de salud.	La entidad continua realizando medición del nivel de satisfacción de los usuarios el cual se evidencia en el informe de gestión presentado a la subgerencia administrativa.	SIAU Subgerencia en Salud Garantía de calidad Información Estadística
5		Publicar y difundir el horario de atención al público en la sede central, Hospitales, Centros y Puestos de Salud adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	se evidencia registro fotografico del horario de atención al público en los hospitales y centros de salud adscritos a la ese moreno y clavijo, además se evidencia horario de atención al público en la sede central.	Se evidencia registro fotografico del horario de atención al público en los hospitales y centros de salud adscritos a la ese moreno y clavijo, además se evidencia horario de atención al público en la sede central.	SIAU Subgerencia en Salud Garantía de Calidad

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

6		Implementar las rutas de evacuación y señalización en la sede central, Hospitales, Centros y Puestos de Salud adscritos a la ESE Moreno y Clavijo.	las sedes de la entidad cuentan con la rutas de evaluación y señalización, así mismo se tiene programada realizar actualización de las rutas de evacuación y señalización de la sede central para lo cual se cuenta con estudio de conveniencia pendiente por aprobar.	Dicha actividad continua igual.	Salud Ocupacional Subgerencia Administrativa Subgerencia en Salud Garantía de Calidad
7		Definir y aplicar estrategia que permita evaluar la atención de los usuarios en cada proceso de la sede central.	se aplica para la medición de satisfacción del usuario frente al servicio prestando una encuesta como estrategia de evaluación y el buzón de sugerencia	se aplica para la medición de satisfacción del usuario frente al servicio prestando una encuesta como estrategia de evaluación y el buzón de sugerencia	SIAU Gestión de Calidad
8		Difundir los deberes y derechos de los usuarios en los hospitales, centros y puestos de salud adscritos a la ESE Moreno y Clavijo, mediante carteleros y página WEB.	en los hospitales se evidencia los deberes y derechos en carteleros y no se ha publicado en la página web de la entidad	Esta actividad continúa igual.	SIAU Garantía de Calidad Sistemas y Tecnología
9		Crear mecanismos que permitan priorizar la atención preferencial de usuarios como adultos mayores, mujeres embarazadas, niños y personas en condición de discapacidad, en la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo.	se cuenta con una ventanilla de atención preferencial en cada hospital y centro de salud	se cuenta con una ventanilla de atención preferencial en cada hospital y centro de salud	SIAU Garantía de Calidad Subgerencia de Salud
10		Medir el nivel de satisfacción del personal que labora o presta sus servicios en la ESE.	se evidencia formato de encuesta para medir el clima laboral el cual se está ajustando, se hace necesario aprobar por el subproceso de gestión de calidad para iniciar procedimiento de medición de la satisfacción del personal que labora en la entidad.	Se evidencia informe de resultados de la medición del clima laboral de fecha mayo de 2015, el formato de encuestas aplicado por vigencia.	Talento Humano Subgerencia Administrativa Gestión de Calidad
11		Capacitar al personal que labora o presta sus servicios en la ESE, en atención al usuario, a través de solicitudes a entidades que puedan ofrecer el servicio.	se están realizando capacitaciones, se encuentra en proceso.	Para el segundo trimestre del año se realizó capacitación sobre atención al cliente manejado con el servicio nacional de aprendizaje sena.	SIAU Gestión de Calidad Talento Humano Subgerencia Administrativa
12		Elaborar, aprobar e implementar listas de chequeo de documentos soportes necesarios para la presentación de las cuentas y contratación para los proveedores.	se cuenta con un formato hoja de ruta, el cual contiene los requisitos exigidos por la entidad	Dicho formato a la fecha del seguimiento no se ha aprobado por parte de gestión de calidad.	Jurídica Subgerencia Administrativa Subgerencia de Salud Gestión de Calidad
13		Socializar la Guía del Usuario en las diferentes sedes de la Entidad.	se realizó socialización de la guía del usuario en las sedes de la entidad.	Se continúa con la estrategia de la socialización de la guía del usuario, pendiente realizar socialización en la sede central de la entidad.	SIAU Garantía de Calidad
1	ESTRATEGIA RENDICION DE CUENTAS	Publicar en la página web de la institución el presupuesto aprobado para la vigencia del 2015.	se evidencia en la página web el cargue del presupuesto debidamente aprobado para la vigencia 2015	Esta actividad se realiza una vez al año.	Subgerencia Administrativa Presupuesto Sistemas y Tecnología

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

2		Publicar en la página WEB y en la cartelera de la ESE los resultados contables, financieros y presupuestales.	esta actividad para el primer trimestre no se está realizando	para el segundo cutrimestre del año se publico en la pagina web de la entidad los estados financieros a corte junio del 2015, respecto a la ejecución presupuestal se tiene publicado hasta el mes de julio de 2015.	Subgerencia Administrativa Contabilidad Presupuesto Sistemas y Tecnología
3		Realizar por lo menos dos actividades de rendición de cuentas durante la vigencia.	se han realizado reuniones del grupo de apoyo de rendicion de cuentas de la entidad para definir metodología y condiciones generales de la audiencia publica	esta actividad se realizara en el tercer cuatrimestre de la vigencia.	Gerencia Planeación Subgerencia Administrativa Subgerencia de Salud Grupo de Apoyo Rendición de Cuentas
4		Programar la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la Entidad, a través del Comité conformado para tal fin, de acuerdo a la normatividad actual.	se tiene programada realizar el 08 de mayo la audiencia publica de rencion de cuentas en el municipio de puerto rondon	esta actividad se realizo de acuerdo a los tiempos y lineamientos establecidos para la realizacion de la audiencia publica de rendicion de cuentas en el municipio de puerto rondon.	Gerencia Planeación Subgerencia Administrativa Subgerencia de Salud Grupo de Apoyo Rendición de Cuentas

Con el desarrollo y aplicación del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano se invita a las entidades a incorporar dentro de su ejercicio de planeación, estrategias encaminadas al fomento de la participación ciudadana, y a la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

RECOMENDACIONES

De acuerdo al procedimiento de auditoría realizado al Mapa de riesgos administrativo, de corrupción y plan anticorrupción y de atención al ciudadano de la ESE Moreno y Clavijo, se presentan las siguientes recomendaciones, así:

1. 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.
2. Se recomienda aplicar la ley 594/2000 (ley general de archivo) ya que se evidencia el desarrollo de acciones las cuales no se encuentran soportadas técnicamente, la aplicación de la ley general de archivo 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.
3. Se hace necesario que en el procedimiento que se realice en la inducción y empalme de entrega de los cargos se socialice las herramientas como mapas de riesgos, plan anticorrupción y demás que se desarrollen en los procesos y subprocesos de la entidad, con el fin que el nuevo personal conozca las herramientas de seguimiento y control implementadas por la entidad a su vez aporten al cumplimiento y desarrollo de las actividades programadas, como al logro de los objetivos y metas institucionales.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Realizar seguimientos de autocontrol y autoevaluación de forma periódica a las herramientas de medición como mapa de riesgo y plan operativo anual por cada proceso o subproceso de la entidad, aportando al desarrollo efectivo de las auditorias programadas por la oficina de control interno.

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

8. Se hace necesario que algunos procesos y subprocesos de la entidad y de la red hospitalaria, para que 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.

Debemos tener en cuenta que realizando la valoración del riesgo 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,

FIRMADO EL ORIGINAL
LIDIA MARICELA ORTIZ HERNÁNDEZ
Asesora de Control Interno
Gestión Integral de Control

Elaboró y Dígito: Jose Gregorio Guerrero Perez/ Lidia Maricela Ortiz Hernández

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca