



**SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO
SALUD SOGAMOSO E.S.E**

Código: GD-F-042

Versión: 1

Fecha: 25/04/2016

AÑO: 2016

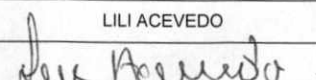
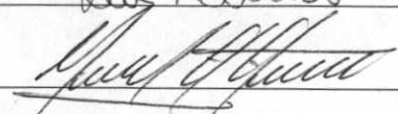
COMPONENTE	PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ACTIVIDADES REALIZADAS			RESPONSABLE	ANOTACIONES
			abr-30	ago-31	dic-31		
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		Ausencia de canales de comunicación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se programa inducción y reinducción 9 y 10 de Junio de 2016 socialización plan de medios 2. Todas las áreas pasan al área de comunicaciones información a divulgar en los digerentes medios que tiene la institución. 3. No se esta utilizando el formato para el registro de la información a divulgar, se genere plan de mejora 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se da espacio para la socialización del plan de medios en el proceso de inducción y reinducción. 2. No se esta utilizando el formato para el registro de la información a divulgar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se socializó plan de medios en comité de planeación. 2. Comunicaciones mensualmente solicitó a cada una de las áreas información a divulgar respecto a los eventos, planes, programas y actividades a realizar. 3. Se dio uso al formato registro de información, el cual se envió a cada una de las áreas, para que estas registraran la información a divulgar 	Comunicaciones y coordinadores de área	<p>Las actividades programadas para la disminución de este riesgo se han cumplido en un 100% como se habian planteado, sin embargo por ser un proceso complejo es necesario hacer un seguimiento constante al flujo de información en la institución y una nueva valoración para determinar la categoría en la que se ubica este riesgo.</p> <p>Se recomienda que la oficina de comunicaciones valore la eficiencia en el flujo de comunicación entre dependencias.</p>
		Extralimitación de funciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se programa socialización de manual de funciones y mapa de procesos para inducción y reinducción, el cual se llevara a cabo los días 9 y 10 de Junio de 2016. 2. No se ha realizado adherencia al manual de funciones, se encuentra en proceso de actualización en cumplimiento del Decreto 1083 de 2005 y Decreto 2484 de 2014. 3. Se programa socialización de la actualización del código de ética y buen gobierno para el proceso de inducción y reinducción, el cual se llevara a cabo los días 9 y 10 de Junio de 2016 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se socializó manual de funciones y mapa de procesos en inducción y reinducción. 2. Se actualizó manual de funciones, falta aprobar el documento por junta directiva. 3. Socialización del código de ética en inducción y reinducción 	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el mes de Diciembre de 2016, se proyectaron nombramiento de funcionarios para el año 2017, teniendo en cuenta dentro de los considerandos el cumplimiento correspondiente a cada cargo de acuerdo al manual de funciones y competencias laborales. 2. No se aplicó evaluación de desempeño, ya que por lineamientos de la nueva gerente en propiedad se solicitó concepto al DAFP, para realizar evaluación de desempeño a los cargos de planta temporal, con el fin de implementarlo en el año 2017. 3. Se realiza seguimiento al indicador de humanización del servicio, evaluando la aplicación de los valores y principios establecidos en el código de ética y buen gobierno. 	Talento humano, calidad y equipo MECI	<p>Se observa en el desarrollo del trabajo realizado por los líderes de área que cada uno desarrolla sus funciones en buen entendimiento y coordinación, respetando sus funciones y tareas asignadas de acuerdo al Organigrama Institucional y a su manual de funciones. Aún se presentan casos de duplicidad de tareas pero se analiza este aspecto desde el manual de funciones y Mapa de procesos.</p> <p>Los nombramientos realizados en el mes de Diciembre de 2016, corresponden a la necesidad y al perfil requerido en la Empresa.</p>
		Incumplimiento al código de ética y buen gobierno	<ol style="list-style-type: none"> 1. El código de ética y buen gobierno se socializara en el proceso de inducción y reinducción, el cual se llevara a cabo los días 9 y 10 de Junio de 2016 2. Se hizo cronograma para divulgar semanalmente un tema específico del código de ética y buen gobierno. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socialización código de ética y buen gobierno en inducción y reinducción. 	Se aplicó encuesta por parte del asesor MECI a los funcionarios, con el fin de conocer si se estan desarrollando los principios éticos en la institución	Equipo MECI	<p>El documento del Código de Ética y Buen Gobierno es conocido por el personal de la institución, este ha sido divulgado en varias oportunidades.</p> <p>Se realizó encuesta de aplicación de los principios y valores éticos, donde se observa una buena aceptabilidad por parte de los funcionarios de los diferentes niveles.</p>
		No facturar los medicamentos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control interno y revisoria fiscal realizaron auditoria al proceso de facturación. 2. Se implementa la revisión de la formulas medicas comparando lo físico con la información del sistema, con el fin de que coincidan los datos. 3. Para el mes de Agosto se programa capacitación sobre herramientas de sistemas de y software al personal de facturación en el área de farmacia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los Medicamento se estan facturando a diario, no se grega el medicamento sin facturar. 2. Los medicamentos que se despachan en el servicio extramural se facturan a diario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El líder de sistemas revisa mensualmente los pendientes de medicamentos por facturar, con el fin de no dejar pendientes para el siguiente mes. 2. El líder de sistemas capacita al personal de farmacia cada vez que se presenten actualizaciones y/o modificaciones al modulo CNT. 	Coordinación prestación de servicios y farmacia	<p>Se verifica las actividades registradas y se encuentra que la facturación se realiza a diario, las regentes hacen inspección al sistema y se observa si hay errores de facturación, se efectua revisión aleatoria por parte del funcionario para detectar errores, cuando es necesario hacer anulación por error de digitación se solicita al área de sistemas permiso, previa justificación del caso.</p> <p>En general presenta un buen avance en el control de este riesgo.</p>

COMPONENTE	PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ACTIVIDADES REALIZADAS			RESPONSABLE	ANOTACIONES	
			abr-30	ago-31	dic-31			
	MISIONAL	Consumo exagerado de materiales	<p>1. Se realizó inventarios a las bodegas de todos los servicios, con el fin de verificar si se presenta consumo exagerado de los insumos y materiales.</p> <p>2. Se paso informe de los hallazgos encontrados a la oficina de control interno.</p> <p>3. Se programa para el mes de agosto estandarizar los stock de los consumos.</p>	<p>1. Se realizó auditoria a las bodegas, con acompañamiento de control interno.</p> <p>2. Se lleva control de los insumos y materiales en el momento del despacho, revisando contra los consumos promedios de cada servicio</p>	<p>1. En el mes de Octubre de 2016 se realiza auditorias a las bodegas de cada uno de los servicios y área administrativa con el apoyo de control interno.</p> <p>2. Para realizar los despachos de los insumos y materiales a los servicios que presta salud sogamoso E.S.E., se hace mediante consumo promedio</p>	Almacen y costos	<p>Las actividades descritas se llevaron a cabo por parte del almacenista en compañía de Control Interno, se observa un uso más racional de los insumos los pedidos se han reducido notablemente, sin embargo es necesario rediseñar nuevamente el proceso de costos de la Institución frente a las actividades proyectadas.</p>	
		Incumplimiento de los estándares de habilitación	<p>1. Se realizó visita de verificación de autoevaluación de criterios y estándares se habilitación según resolución 2003 de 2014, generando mesa de trabajo de círculo de calidad con los líderes del proceso, formulando el respectivo plan de mejora. A la fecha pendiente establecer seguimiento a la ejecución del Plan de mejora.</p> <p>2. Se Realiza Proceso de Capacitación en temas de interes al personal como: Importancia del reporte y gestión del Evento Adverso, Socialización del Programa de Seguridad del Paciente, Socialización de la Política de Seguridad del Paciente, Aplicación de Encuesta para medir la percepción de la seguridad del paciente en la ESE, Divulgación de la estrategia de Uso de los 10 Correctos en la Administración de Medicamentos.</p>	<p>1. Visita de verificación de condiciones de habilitación para la Unidad de Servicio Integral Magdalena por SESALUB</p> <p>2. Salud Sogamoso ESE, adelanta visita de verificación de condiciones de habilitación a cada una de las Unidades de Servicio Integral, con el propósito de obtener certificación en Resolución 2003; a la fecha se adelantó visita de verificación de condiciones de habilitación para las USIs: Magdalena y centro.</p> <p>3. Se generó Plan de Mejoramiento para los Hallazgos registrados en el acta de la visita, con la consecuente programación de acciones de mejora y seguimiento a las mismas con el objeto de dar cierre al cumplimiento de cada una de estas y emitir informe de descargos a SESALUB de los hallazgos reportados en acta de Visita de verificación.</p> <p>4. Pendiente notificación de la certificación en resolución 2003 de 2014 de la Usi Magdalena por parte de SESALUB</p>	<p>1. Se realiza auditorias de autoevaluación de habilitación, según resolución 2003 de 2014, generando informe con posterior plan de mejoramiento, concertado con el responsable y líderes de proceso, realizando seguimiento para el cierre favorable de los hallazgos.</p> <p>2. Sensibilización y capacitación a funcionarios sobre los componentes que hacen parte de Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud.</p> <p>3. Aún continúa pendiente notificación de la certificación en resolución 2003 de 2014 de la Usi Magdalena por parte de SESALUB.</p>	Calidad, equipo MECI y todas las áreas	<p>La descripción de las actividades corresponde con la realidad y presenta evidencias de lo señalado.</p> <p>Control Interno realiza auditoria de inspección a los informes y certificaciones a las actividades registradas.</p> <p>Se lleva un control adecuado del seguimiento por parte de la oficina de Calidad de la Institución.</p>	
			No dar cumplimiento a los principios presupuestales	<p>1. En forma manual se escribe en el registro presupuestal el periodo contratado.</p> <p>2. Cuando se tiene alguna duda en la certificación de disponibilidad presupuestal se verifica y revisan las disposiciones generales del presupuesto.</p> <p>3. No se han realizado auditorias en el área de presupuesto.</p>	<p>1. Cuando se tiene alguna duda en la certificación de disponibilidad presupuestal se verifica y revisan las disposiciones generales del presupuesto.</p> <p>2. No se han realizado auditorias en el área de presupuesto.</p>	<p>1. En el momento de la celebración del contrato se expide registro presupuestal y certificado de disponibilidad presupuestal, teniendo encuesta las disposiciones generales presupuestales.</p> <p>2. Se hace revisión a estados financieros por parte de la revisoría Fiscal de la Empresa y se presentan observaciones a la Gerencia de la Empresa.</p> <p>3. Se presenta informe de auditoria a Caja menor por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>4. Se presenta informe de Control Interno Contable a la gerencia con sus respectivas evidencias.</p>	Director administrativo y control interno	<p>Al momento de presentar información financiera en el proceso de empalme por el cambio de nueva Gerencia, se presenta resultados de la información financiera, donde se explica como fue el manejo del presupuesto institucional, se hacen las respectivas observaciones.</p> <p>Se hace el respectivo seguimiento al proceso presupuestal y fondo de caja menor con informes presentados a la Gerencia.</p>
			No veracidad y no cumplimiento en la entrega oportuna de información de otras áreas para la elaboración de los estados financieros oficiales de Salud Sogamoso E.S.E	<p>1. Se elabora cronograma para la presentación de informes y se socializa con los responsables.</p> <p>2. A la fecha se han presentado los informes a los entes de control cumpliendo con las fechas asignadas.</p>	<p>1. A la fecha se han presentado los informes a los entes de control cumpliendo con las fechas asignadas.</p>	<p>1. Se dio cumplimiento al cronograma enviando los informes financieros a los entes de control, según las fechas señaladas.</p>	Contador y control interno	<p>Existe evidencia de envío de información a Entes de Control en las fechas establecidas.</p> <p>Las fuentes de información para el envío de esta información se generaron bajo la responsabilidad de cada lider de área. Se sugiere manejar una información unificada para evitar errores en datos o cifras.</p>

COMPONENTE	PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ACTIVIDADES REALIZADAS			RESPONSABLE	ANOTACIONES
			abr-30	ago-31	dic-31		
Mapa de Riesgos de Corrupción.	ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Tramite de cuentas y documentos con beneficio a terceros	1. Los pagos a proveedores se han realizado cumpliendo el contenido del código de ética y buen gobierno.	1. Cumplimiento del código de ética en el pago a proveedores.	1. En comité de planeación se establecieron las fechas y tiempos para realizar los pagos de las cuentas de cobro y facturas.	Director administrativo, Tesorero y control interno	Se hace implementación de la estrategia de acordar los pasos en la entrega de documentación para agilizar el pago a proveedores. Los supervisores de contratos en su mayoría presentan de forma ágil los informes de cumplimiento. No se efectúan pagos sin los soportes requeridos.
		Facturar actividades y/o procedimientos clínicos realizados al paciente de forma extemporanea (pérdida de dinero)	1. Se realiza cierres de caja a diario, para posterior consignación y luego se hacen comparaciones entre los facturado en el sistema y el efectivo	1. Se realiza cierres de caja a diario, para posterior consignación y luego se hacen comparaciones entre los facturado en el sistema y el efectivo. 2. Control interno realiza auditoria a caja menor	1. Mensualmente el líder de sistemas con el apoyo de tesorería revisan facturación de los servicios prestados, con el fin de identificar pendientes. 2. A fin de mes se informa a los responsables los pendientes por facturar e informan las inconsistencias presentadas. 3. Diariamente se hace cierre de caja, comparando con la facturación realizada.	Director administrativo, Tesorero y control interno	El área de sistemas realiza las verificaciones al sistema de forma permanente para identificar pendientes. El área de sistemas informa a fin de mes al personal asistencial si existen pendientes por facturar vía correo electrónico. Control Interno verifica con el área de sistemas que esta actividad se realice mensualmente.
		Entrega de elementos e insumos sin los soportes correspondientes	1. Para la entrega de los elementos e insumos se aplica el procedimiento de despacho a los diferentes servicios y áreas administrativas, haciendo firmar por el responsable, el despacho generado por el sistema de información CNT. 2. Una vez despachados los insumos a las diferentes áreas y servicios, se realiza mensualmente un control de de los inventarios. 3. Se realiza inventario general por control	1. Para la entrega de los elementos e insumos se aplica el procedimiento de despacho a los diferentes servicios y áreas administrativas, haciendo firmar por el responsable, el despacho generado por el sistema de información CNT. 2. Una vez despachados los insumos a las diferentes áreas y servicios, se realiza mensualmente un control de de los inventarios.	1. Para el despacho de los insumos a los diferentes servicios, almacén genera una orden de despacho, la cual es firmada por el responsable.	Almacenista, Control interno y director administrativo y financiero	Actividades descritas que se cumplen a cabalidad. Control Interno hace verificación periódica de registros de entregas en físico y en el sistema CNT.
		Trafico de influencias para beneficiar un oferente en proceso de licitación	1. El proceso de contratación se lleva de acuerdo a la normatividad vigente con transparencia y principio para la contratación.	1. Contratacion verifica la idoneidad del contratista para ejecion del contrato y propuesta que este ajustada a los precios del mercado. 2. Control interno solicita contratos para auditoria, de una muestra de 7 copntratos, a la fecha no hay informe de hallazgos	1. Para el último bimestre, no se presentó procesos de contratación que superará el tope de mínima cuantía, por lo tanto no se realizó contratación por licitación e invitación pública	Líder de contratación, Director Administrativo y control interno	Las auditorias obedecen a un cronograma previamente acordado con el responsable del proceso. No existen procesos o hallazgos que indiquen un tráfico de influencias en el proceso contractual de la Institución. (Se presenta informe de auditoria a gerencia)
		Adquisición de bienes que no correspondan a las necesidades del área.	1. La justificación de necesidades que llegan a contratación se revisa con el fin de verificar que se ajusten al plan de compras. 2. Para todo el proceso contractual se hacen los estudios previos con la persona que genera la necesidad y la evaluación se hace colectiva	1. Se continua verificando que la justificación de necesidades de ajusten al plan de compras.	1. A partir del ingreso de la nueva gerencia, se implementa plan de mejora el cual se radicó en contraloría departamental, en el cual se especificaron objetivos, estrategias, proyectos, metas, responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión.	Líder de contratación, Director Administrativo y financier y control interno	Existe plan anual de compras debidamente justificado de acuerdo a las necesidades de la Institución. En cada contrato se evidencia análisis y justificación de necesidades de los productos o servicios solicitados. Se tiene estimado de costos de producción y de acuerdo a esta información se ajustan las solicitudes de bienes y servicios.
		Incumplimiento al manual de contratación institucional y demas normas establecidas en contratación.	1. Se programa socializar el manual de contratación en el proceso de inducción y reinducción, el cual se llevara a cabo los días del 9 y 10 de Junio de 2016. 2. El supervisor es quien pasa la justificación de necesidades del contrato,	1. En este periodo se hizo un solo procesos que llevo por convocatoria el cual se hizo en conjunto con el director financiero y líder de farmacia.	1. En el plan de mejora de programó para el mes de Enero de 2017 actualizar el estatuto de contratación acuerdo 005 de 2014, tambien se programó la socialización e implementación de este nuevo manual en el mes de Marzo de 2017.	Líder de contratación, Director Administrativo y financier y control interno	A este manual se le hicieron los ajustes de acuerdo a la resolución 5185 de 2013, esta en proceso de aprobación por parte de la Junta Directiva de la Empresa y será socializado en el mes de enero de 2017. La institución se rige por el Manual de Contratación vigente y las normas complementarias.

COMPONENTE	PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ACTIVIDADES REALIZADAS			RESPONSABLE	ANOTACIONES
			abr-30	ago-31	dic-31		
		La persona designada como supervisor de contratos no cumpla con sus responsabilidades asignadas	1. Cada supervisor conoce las responsabilidades que se le asignan, ya que son los encargados de hacer la justificación de necesidades y firman el contrato.	1. El manual de contratación se encuentra en la página web de la institución. 2. EL área contratación da a conocer las obligaciones contractuales del contrato	1. Capacitación a los supervisores de contratos, invitación que hizo la alcaldía municipal de Sogamoso 2. Se programa capacitación en el tema de supervisiones de contratos en el plan de capacitaciones 2017. 3. En varios comités de planeación se hicieron observaciones, en cuanto al tema de las obligaciones que deben cumplir los supervisores frente a los contratos.	Líder de contratación, Director Administrativo y financier y control interno	Se realiza capacitación a las personas que son designadas como supervisores de contratos. Estas personas presentan informes parciales y generales de sus seguimientos. Se esperan mejores resultados en el desarrollo de la supervisión de los contratos.
		Fraccionamiento de contratos	1. Se da cumplimiento a la planeación de las compras siguiendo el procedimiento estipulado en el manual de contratación según la modalidad a contratar.	1. No se ha capacitado al funcionarios de contratación. 2. No se hace notificación al engargado de notificación de supervisión de contrato 3. Cada supervisor revisa los informes de los contratos	1. Se define plan de mejora para dar aplicación al plan de compras. 2. A partir del mes de Octubre se inicia la planeación de contratación para el año 2017. 3. El presupuesto 2017 se elaboró en base al plan de compras.	Líder de contratación, Director Administrativo y financier y control interno	Se elabora Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2017, de acuerdo a requerimientos de las diferentes áreas. Una de las políticas gerenciales es la de hacer pedidos para toda la vigencia y evitar de esta forma se contrate en repetidas oportunidades.
		Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración	1. Todos los usuarios y equipos tienen administrador y usuario para que no haya modificaciones, se hace seguimiento en cumplimiento al plan de mantenimiento, donde se verifica que tenga usuario, y si no existe se crea. 2. Para el mes de Junio del presente año se tiene programado crear el formato de permisos al sistema de información.	1. Se hace seguimiento a todos los usuarios y equipos que tengan su administrador y usuario para que no haya modificaciones, se hace seguimiento en cumplimiento al plan de mantenimiento, donde se verifica que tenga usuario, y si no existe se crea. 2. No se ha elaborado formato permisos al sistema de información, sse programa para el mes de octubre del presente año.	1. Se mantiene las restricciones a todos los usuarios del sistema de acuerdo a los perfiles, según funciones asignadas. 2. Existe formato GSI-F 039, para los registros de los usuarios y claves asignadas a los colaboradores de la institución.	Líder de sistemas	Actividades descritas en ejecución. Se evidencia registro de usuarios con sus respectivas claves de acceso. Para cualquier modificación de ingreso o modificación de registros del sistema, se hace solicitud previa y justificada al área de sistemas.
		Extraer partes de los equipos de computo por parte de los funcionarios	1. Se hace check list para revisar que todos los computadores cuenten con todas sus partes y coincidencia con las hojas de vida. 2. A la fecha no se ha presentado procesos disciplinarios por hurto de equipos de computo	1. Se hace check list para revisar que todos los computadores cuenten con todas sus partes y coincidencia con las hojas de vida. 2. A la fecha no se ha presentado procesos disciplinarios por hurto de equipos de computo	1. Mensualmente se aplica el check list de mantenimiento en el formato GSI-F 039, con el fin de verificar que el equipo este funcionando normal y este completo	Líder de sistemas	Se evidencia registro de hojas de vida de los equipos, sin novedad de faltantes. Se evidencia actas de recibo de equipos de los funcionarios al almacén de la empresa. Todos los equipos funcionan normalmente. A los equipos que presentan fallas reiterativas se les hace evaluación y se verifica la justificación de la misma.
		La no aplicación de los procesos de Talento Humano, Seleccionando el personal sin el cumplimiento de los perfiles y los requisitos para ocupar un cargo publico	1. Para ocupar un cargo público se cumple con todo el proceso de convocatoria de selección y vinculación	1. El proceso de selección y vinculación se realiza de acuerdo al procedimiento	1. Cuando se presente una vacante, se publica en pagina web de la institución, en cartelera y prensa, y se da cumplimiento al procedimiento	Líder de talento humano y director administrativo y financiero	La planta temporal del personal de la Empresa funciona normalmente y los cambios de personal efectuados, cumplen con el proceso de selección de personal. Se presentan evidencias de las actividades descritas.
		Que el servidor publico no cumpla con sus obligaciones	1. El procesos de inducción y reinducción se programa para el mes de Junio los días 9 y 10 del presente año. 2. No se han realizado auditorías al área de talento humano.	1. Se cumplió con el cronograma del proceso de inducción y reinducción, el cual se llevo a cabo el día 10 de junio de 2016. 2. Se realizó auditoría por control interno en el mes de julio del presente año	1. El grupo interdisciplinario (control interno, prestación de servicios y calidad) realizó auditoría al área de talento humano, emitieron informes de hallazgos, donde el área de talento humano procedio a generar planes de mejora	Líder de talento humano, director administrativo y financiero y control interno	Todo el personal de Planta temporal y el personal de orden de prestación de servicios, tienen definidos sus procesos, tareas y actividades, a ellos se le solicita informe de resultados, tareas y se presenta informe mensual de las mismas.

COMPONENTE	PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ACTIVIDADES REALIZADAS			RESPONSABLE	ANOTACIONES
			abr-30	ago-31	dic-31		
	CONTROL Y EVALUACIÓN	No se desarrollen las auditorías internas de calidad y Control Interno.	<p>1. No se aprobó el plan de auditorías internas por parte de Gerencia.</p> <p>2. En el mes de Abril se realizó auditoría al proceso de activos fijos, pendiente la presentación de informe final por parte del auditado.</p> <p>3. En el informe de auditoría se identifican claramente los hallazgos encontrados en las auditorías realizadas y se solicita la elaboración del plan de mejoramiento.</p>	<p>Es aprobado el plan anual de auditorías. Se cuenta con la documentación necesaria la cual se encuentra publicada en la intranet de la Empresa.</p> <p>El área de calidad realiza las auditorías a prestación de Servicios de forma programada con el personal, obteniendo resultados de mejora continua en cada una de las sedes de la Empresa.</p>	<p>1. Se concierne con los responsables de los procesos el programa de auditorías.</p> <p>2. Se realiza exposición anual del plan de auditorías con los coordinadores y líderes de procesos.</p> <p>3. Se dio cumplimiento al plan de auditorías en un 85%</p> <p>4. No ha sido posible dar cumplimiento al 100% del programa anual de auditorías por factores externos a la oficina de control interno (aplazamientos, incapacidad médica del personal, reprogramación frecuente por compromisos de los funcionarios de la institución con otras tareas "Presentación de informes y asistencias a comités").</p>	Control interno	Se siguen presentando dificultades en el cumplimiento del programa anual de auditorías, sin embargo este proceso de verificación y mejora continua, a permitido que los diferentes procesos auditados presenten buenos resultados en su operación.
Racionalización de trámites	PLANEACIÓN	Actualización de los trámites en la página SUIIT	1. Se tiene actualizados en la plataforma SUIIT los formularios que aplican a la institución	1. Se tiene actualizados en la plataforma SUIIT los formularios que aplican a la institución	1. Se tiene actualizados en la plataforma SUIIT los formularios que aplican a la institución	Planeación	Actividad cumplida normalmente por el líder del área de planeación.
Rendición de cuentas	PLANEACIÓN	Presentación rendición de cuentas	<p>1. En el mes de marzo la gerencia presenta audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2015.</p> <p>2. En el mes de abril se elabora informe de resultados de la audiencia pública de rendición de cuentas y se envía a las Superintendencia nacional de Salud.</p>	1. En el mes de agosto se realiza rendición de cuentas primer semestre de 2016, y se realiza informe, el cual se envió a la supersalud	Se espera presentar rendición de cuentas vigencia 2016, en la vigencia 2017.	Planeación	Se encuentra registros de eventos de Rendición de cuentas a la ciudadanía conforme a lo descrito en los meses de Abril y Agosto. Presenta informes a la SUPERSALUD de estas actividades.
Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.	SIAU	Charlas educativas al usuario	1. Se dan charlas de interés a nuestros usuarios para que conozcan los servicios que presta la institución y se actualiza sobre el Decreto de la portabilidad y movilidad	1. Se continúan con las charlas de interés a nuestros usuarios para que conozcan los servicios que presta la institución y se actualiza sobre el Decreto de la portabilidad y movilidad	1. Se continúa con las charlas educativas a los usuarios, con el fin de informar los servicios que presta la institución, también se dan a conocer los deberes y derechos a los usuarios.	Oficina de Atención al usuario	Es una estrategia que ha sido efectiva para los usuarios de la institución por que ellos tienen la oportunidad de que se les explique mejor como acceder a los servicios y conocer los servicios a que tienen derecho. Se cumple con el objetivo propuesto. Se sugiere continuar esta estrategia y ampliarla a la zona rural.
		Implementación consulta Atención prioritaria	1. Todos los días en las horas de 7:30 a.m. 11:40 a.m y 5:40 p.m se está prestando el servicios de consultas atención prioritarias para todos los médicos	1. Se amplía la consulta prioritaria para tiempo completo de un médico diariamente en usi monquirá	Por cumplimiento de documento de red, se hace apertura nuevamente al servicio de consulta prioritaria, con el fin de mejorar la oportunidad y accesibilidad, el servicio se presta en el horario de 7:00 a.m a 9:00 p.m, donde se designó especialmente a un profesional de la salud para la atención	Coordinación prestación de servicios y SIAU	Existen registros de atención a usuarios en estos horarios y se cumple con lo indicado en el documento de red. Se observa mejor funcionalidad en la prestación de consulta prioritaria.
		Curso de humanización del servicios	1. Con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud, todos los funcionarios se inscribieron al curso de humanización de los servicios de salud dictado por la entidad SENA por la plataforma SOFIA PLUS	1. Mensualmente se lleva el indicador de humanización del servicio, a la fecha se mantiene el indicador en un 90%	1. Mensualmente se hace seguimiento al indicador de humanización del servicio, a la fecha se mantiene el indicador en un 95% en promedio	TALENTO HUMANO	Se cumple con la actividad propuesta por el área de talento Humano. Se presenta registro de indicador de Humanización de Servicio dentro del rango señalado.

COMPONENTE	PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ACTIVIDADES REALIZADAS			RESPONSABLE	ANOTACIONES
			abr-30	ago-31	dic-31		
Mecanismos para mejorar la transparencia y accesos a la información	Sistemas	Acceso a la información para todos los funcionarios	<p>1. Existe acceso para todos los funcionarios en ambiente web, la cual permite el acceso desde cualquier equipo y lugar que tenga datos.</p> <p>2. Talento Humano suministra correos electrónicos para entrega de información masiva y personalizada.</p> <p>3. la página web se mantiene actualizada con los boletines que emite el área de comunicaciones</p>	<p>1. Se mejora el acceso para todos los funcionarios en ambiente web, acceso a la intranet desde cualquier equipo que tenga datos.</p> <p>2. Se publican los boletines en la página web, que emite el área de comunicaciones.</p> <p>3. El área de comunicaciones publica información de interés en la página web de la institución</p>	<p>1. El área de sistemas crea usuarios con perfiles de acuerdo a las funciones y cargos a desempeñar en la organización previamente solicitado por el área de Talento Humano. Se dispone de la Pagina Web con acceso a la Intranet desde equipos que tengan acceso a datos, la cual se puede consultar todos los documentos, formatos, procedimientos guías e información general de la empresa, se tiene acceso a sistema de Información CNT, igualmente se tiene bases de datos de los correos electrónicos y se envía información de interés general de acuerdo a la necesidad, se hace usos de las carteleras que son administradas por el área de comunicaciones, se informa en las capacitaciones de los días miércoles información de interés general.</p>	Lider de sistemas todos los coordinadores	<p>Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con los elementos de información y comunicación descritos en estas actividades relacionadas. Su uso es racional y acorde a las necesidades de los usuarios y las diferentes áreas.</p> <p>Lo descrito en la política de privacidad de la información institucional se lleva a cabo mediante seguimientos por parte del área de sistemas de información.</p> <p>Se requiere fortalecer la estrategia por ser un proceso muy sensible para el funcionamiento adecuado de la Empresa.</p>
		Acceso a la información para toda la ciudadanía	<p>1. La página web de la institución es de fácil acceso a la ciudadanía, donde pueden encontrar la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informes de gestión, estados financieros y todos los informes que se deben publicar de acuerdo a la normatividad vigente. - Consultar los servicios que presta la institución - Consultar las PQR. -Solicitar copia de historia clínica en línea. - Horarios de atención. - Indicadores índices de satisfacción. 	<p>1. La página web de la institución a la fecha cumple con la normatividad vigente.</p> <p>2. El área de sistemas hace seguimiento al cumplimiento de la información que se debe divulgar en la página web de la institución.</p>	<p>Se dispone de medios de comunicación como página Web la cual se le permite al usuario hacer consulta de información de interés general, como derechos, deberes, ubicación de las sedes, horarios de prestación de servicios, servicios que se prestan por cada sede, consultar los estados financieros, informes de gestión, informes de seguimientos a planes de riesgos de corrupción control interno, registrar y hacer seguimiento de PQRS.</p> <p>Si es proveedor registrarse en la pagina con el portafolio. Igualmente se entrega información por la radio canal local de televisión y medios informativos autorizados como boletines, carteleras.</p>	Lider de sistemas todos los coordinadores	<p>Elementos que corresponde a lo descrito como actividades programadas por esta área.</p> <p>La funcionalidad de estos elementos se articulan y corresponden con lo expresado en la Ley 1712 de 2014.</p> <p>La estructura, la funcionalidad y el contenido de la página web de la Institución, facilita la información para los usuarios y ciudadanía en general.</p>
Iniciativas adicionales	Todos los procesos	Capacitar a los coordinadores y líderes de procesos sobre temas anticorrupción, MECI, transparencia, gestión documental, auditorias internas.	<p>1. Para el mes de mayo se programa enviar oficio a las entidades ESAP y DAFP para solicitar capacitación a los coordinadores y líderes de procesos sobre los temas definidos.</p>	<p>1. Se reprograma enviar oficio a las entidades ESAP y DAFP para solicitar capacitación a los coordinadores y líderes de procesos sobre los temas definidos.</p>	<p>Se solicitó a la ESAP las capacitaciones que requerimos, la cual dio como respuesta que a la fecha no cuenta con el personal suficiente para realizar las capacitaciones.</p>	Planeación y talento humano	<p>No existen adelantos significativos en el desarrollo de capacitación externa en estos temas específicos como lo establece artículo 33 de la ley 734 de 2002.</p> <p>Se aclara que la institución lleva a cabo su programa anual de capacitación de forma general.</p>
Consolidación del Documento.		Cargo: PLANEACIÓN					
		Nombre: LILI ACEVEDO					
		Firma: 					
Seguimiento a las Estrategias.		Jefe de Control Interno					
		Nombre: 					
		Firma:					

INFORME CORRESPONDIENTE DEL 1° DE SEPTIEMBRE HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2016.