

AÑO 2017	COMPONENTE	ÁREA	NOMBRE DEL RIESGO	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE	NOTACIONES
				<p>Septiembre - Diciembre de 2017</p> <p>1. Con el fin de generar procesos estandarizados en la entidad, se continúa con la solicitud bimensualmente por parte del área de planeación del diligenciamiento de indicadores en el formato presentación informes de gestión de procesos: CD-F-045, el cual es firmado por cada líder de procesos; lo anterior con el fin de unificar los criterios en la elaboración y presentación de informes, derivados de la ejecución de las actividades de los planes operativos. Asimismo, que sirve de insumo para el tablero de mando de indicadores, todo vez que con ayuda a realizar y monitorear los indicadores priorizados y contenidos en el plan de desarrollo y plan de gestión institucional.</p> <p>2. Se realiza el seguimiento y evaluación de los planes operativos correspondiente al quinto y sexto bimestre de 2017; el Comité de planeación de fecha 21 de Noviembre de 2017, así mismo se elabora informe de seguimiento y evolución de los planes operativos para el quinto y sexto bimestre del año 2017.</p> <p>3. Se continúa con la implementación del tablero de control de indicadores que permite monitorear y hacer seguimiento al comportamiento de los indicadores priorizados y contenidos en el plan de desarrollo y plan de gestión de la vigencia 2016-2020. Dicho herramienta se aplica y diligencia bimensualmente, para hacer el seguimiento respectivo.</p> <p>Soporte: Acta de comité de planeación de fecha 21 de Noviembre de 2017, tablero de control de indicadores consolidado anual.</p>	<p>líder planeación</p>	<p>El análisis de los indicadores de gestión que miden los resultados del Plan de Gestión se han desarrollado de acuerdo al cronograma planteado, en pos de mejorar las estrategias planteadas para la consecución de los objetivos.</p> <p>Se presenta documento de seguimiento o ejecución de los POA quinto bimestre año 2017, donde se analiza el avance de los tareas asignados y el planteamiento a los objetivos de mejoría a que hubiese lugar.</p>
		MANEJACION	<p>Posible duplicidad de información de planes, programas y proyectos y sus resultados.</p>	<p>1. Verificación de información reportada en los sistemas de información de la institución (Sistema CNI), con periodicidad mensual, información con la cual se consolidan indicadores de calidad de obligatorio reporte a EPS y demás entes de control que lo requieren.</p> <p>Soporte: Anexo de reporte de indicadores de calidad y publicación de Resolución 1352 en Pagina WEB o los EPS.</p>	<p>Coordinación de Calidad</p>	<p>Se evidencia en CNI los indicadores correspondientes a la resolución 1352 del 2013, los cuales son generados mensualmente. Se observa que los indicadores generados corresponden a los enviados a los diferentes EPS y publicados en forma oportuna</p>
		CAIDAD	<p>Manipulación de información de los indicadores de calidad</p>	<p>Con el propósito de evitar alteración o modificación en la información generada por el personal funcional de la entidad se realiza la validación de los RIPS que conforman estos indicadores por parte del proceso de Recursos Humanos, una vez realizado este procedimiento, la información validada es consolidada y reportada a los EOPS, generando su confiabilidad y veracidad. Se realiza seguimiento y verificación a informes enviados a los EOPS en los cuales se evidencia que la información suministrada corresponde al Sistema de Información de la entidad.</p> <p>Soportes: 1. Soporte de validación de RIPS por parte del proceso de Gestión de Recursos Humanos. 2. Soporte de validación de informes de actividades de promoción y prevención.</p>		<p>Una vez evidenciada el soporte de validación de RIPS por parte del proceso de Gestión de Recursos Humanos, se verifica la oportunidad en su implementación, por lo tanto no se presentaron requerimientos de informes de soporte de validación de informes de actividades de promoción y prevención en la entidad. En igual forma que para el caso de validación y envío de los RIPS, cuyo índice de oportunidad del 100%. Los soportes corresponden a los formatos establecidos.</p>
		PRESTACION DE SERVICIOS	<p>Alteración de información en informes presentados a las EPS</p> <p>Percepción de servicios de salud a población sin cumplir los requisitos, por intereses personales.</p>	<p>Se realiza la verificación de director en los bases de datos, acorde a lo establecido en el procedimiento de asignación de citas y en el de registro de pacientes. Desde el liberación del proceso de recursos humanos se genera la confiabilidad de las bases de datos actualizadas y validadas a continuación, incidencias de datos se identifican usuarios que no se encuentran en estos procesos de actualización en el procedimiento, instancia de asignación de citas con la intervención del área de Información y Atención al Usuario (IAU).</p> <p>Soportes: 1. Bases de Datos disponibles y vigentes a la fecha. 2. Procedimiento de asignación de citas.</p>	<p>Coordinación de prestación de servicios</p>	<p>Los auditores que se realizaron en farmacia no han proporcionado la ocurrencia de este hecho, sin embargo, dada la probabilidad de este hecho, se requiere seguimiento permanente a los controles establecidos para tal fin.</p>
			<p>Venta de medicamentos de la institución.</p>	<p>Se realiza la verificación de inventario de medicamentos, en cada una de las farmacias de la entidad, comparando el flujo contra lo registrado en CNI. Se presenta informe de resultado de los inventarios ante comité de inventarios y bajas, con el propósito de tomar decisiones con respecto a los sobrantes y faltantes.</p> <p>Soporte: 1. Inventario de Servicio Farmacéutico de: UCEA Centro, UBA Magdalena; UBA Monquirá, Unidad Móvil, Perifericos.</p>		

SAUD PUBLICA	Recepcion de Dinero por la venta de vacunas biológicas	Seguimiento a movimiento de vacunas mediante el registro diario y el sis municipal donde todos los biológicos se encuentran debidamente apoyados. Soportes: - Se anexion informes mensuales con movimiento de biológicos y kerdex	Lider Salud Pública	Con el seguimiento y control realizado, no se han detectado casos de venta de vacunas o reporte o una distorsión diferente a lo legalmente establecido, cumpliendo con la norma establecida.
SAIU	Respuesta, no ocurre con el objeto de la queja, reclamo o sugerencia	Cada una de las partes, queja, reclamos y sugerencias se resuelven conforme a lo establecido de la misma, conforme al procedimiento de AIRBACH A, PERICONES, QUIJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FULMINACIONES con resolución No. 025-P-005 15.03. en cual fue recibidos, teniendo en cuenta lo necesidad del cliente interno y externo. Soporte: Procedimiento 025-P-005	Lider SAIU	Se verifican los peticiones Quejas y reclamos según formato establecido y se asegura la concordancia entre respuesta y la queja o reclamo. Según el procedimiento 025-P-005 Existen procedimientos establecidos para la atención a los quejas y su descripción de ellas, se hace necesario, realizar el 100% de los conflictos planteados, ya que el riesgo es inmediato. Dependiendo la ocurrencia que a la fecha no se reportan procesos disciplinarios por este riesgo.
PROGRAMAS ESPECIALES	Recibida o pedir deduciva por la organización de citas en los servicios que presta la institución	Con apoyo del área de talento en capacitación generaci para todo el cliente interno, se realizan actividades para resaltar valores y principios institucionales como es la actitud, la honestidad, la Soporte: Registro Fotográfico y listado de asistencia	Lider SAIU	Se verifica los informes finales de convenios con Entidades Departamentales y Municipales, para evidenciar la trazabilidad de los mismos desde el momento de la realización de estudios previos.
PRESUPUESTO	Manipulación de información relacionada con encuestas y formatos que hacen parte de los convenios	Periodicamente se evolucion por parte de la Coordinación de Programas Especiales y por parte de los Jefes de Centro Municipales y Departamentales, los formatos y registros diligenciados por parte del talento humano que desampla los Activadores del Comité Interadministrativo PIC, lo cual permite evaluar el pertinente y confiable registro de datos. Además, y con el fin de acortar el principio de planeación, se realizaron los estudios previos del talento humano, adicional No. 2 del contrato No. 2017234, de rehabilitación basada en la comunidad al igual que los estudios previos del talento humano del centro de estudio del barrio Universitario, Chiriquí, los cuales concluyeron cumpliendo a satisfacción con la totalidad de los actividades pactadas, en los acuerdos de voluntarios. Soportes: Informe final de Comité Interadministrativo PIC No. 2017234, Adiciones 1 y 2, 1 informe final Centro de Estuadio, Estudios Previos Talento Humano R.B.C. Estudios Previos Talento Humano Centro de Estuadio Barrio Universitario.	Coordinación programas especiales	Se verifican los registros que son generados por la relación contractual del lapso o observar donde se verifica el cumplimiento del decreto 1111 de 1996
CONTABILIDAD	No dar cumplimiento a los principios presupuestales	La ejecución del presupuesto es un proceso dinámico y complejo, que conlleva la aplicación de una serie de normas y procedimientos, técnicos, legales y administrativos, que permite a la gestión financiera la aplicación de los recursos en función de los objetivos y metas establecidos en el plan de gestión. Este Conlleva: - Expedición de COP y RP dentro de la vigencia fiscal. - Todas las giras y erogaciones o cargo de la Empresa cuentan con respaldo presupuestal. - Con el recordo de se otorga el pago oportuno de las obligaciones con el presupuesto. - Los compromisos adquiridos concuerdan con el respectivo registro presupuestal para garantizar a la institución y a terceros, la disponibilidad presupuestada para hacer frente a la obligación que se origina del compromiso y de esta manera registrar el hecho económico en el momento que se genera la obligación, a fin de presentar información financiera confiable y oportuna. Soporte: Listado de Registros Presupuestales de Septiembre a Diciembre	Director Administrativo y financiero	Se verificaron los registros que son generados por la relación contractual del lapso o observar donde se verifica el cumplimiento del decreto 1111 de 1996
RESERVA	Información financiera de la entidad susceptible a modificaciones con intereses personales y duplicidad.	El área financiera ha tomado la determinación de realizar el cierre periódico con el vencimiento mensual evitando en este forma que se incluya en errores posteriores en los registros, sin descuidar la generación de los copios de seguridad por parte del área de sistemas.	Contadora	Se ha revisado y determinado el cierre mensual de los registros de información financiera para no incurrir en el riesgo y así proteger la misma en forma oportuna. Igualmente se verifican los copia de seguridad semanalmente los cuales están en salvaguarda
TESORERIA	Habrle de cuentas con beneficio a terceros.	Se continua con la implementación del procedimiento de tramite de cuenta y pago. De igual manera se dio indicación a 728 cuantos de proveedores de bienes y servicios a los cuales se les dio el tramite respectivo y fueron girados por la oficina. Así mismo se estableció el libro recordada de cuentas en la oficina de tesorería donde se establecen la fecha de recibido, fecha de adopción del ingreso, fecha de giro por el banco y donde se establece que tesorería debiera informar a los supervisores los giros realizados para que a la vez los supervisores informen a los proveedores que el pago ya habido sido realizado.	Tesorero	Se observa la implementación de controles como el formato para chequeo de cuentas, verificación de tiempos y movimientos, Registro de la radiación y seguimiento permanente a los cuantos.
RESERVA	Utilización inadecuada de los dineros de Caja Menor.	Teniendo en cuenta los cuadros realizados al procedimiento de caja menor se han realizado e implementado las acciones contempladas en el plan de mejoramiento llamado: "delimitación de los recibos de caja menor se encuentran numerados y con el visto bueno del director administrativo y financiero, como medida de control para la aprobación de los gastos de la caja menor. 2. Los formatos de solicitud ecopia menor son revisada por la oficina de control interno y por los delectos administrativos y financieros. los cuales se encuentran diligenciados, firmados y con los delectos administrativos y financieros. 3. se realizan copios de seguridad de los archivos del procesamiento de caja menor. De igual manera se provee del comité de planeación de fecha 21 de Noviembre de 2017 se hace seguimiento al plan de mejoramiento formulado por el área de tesorería Soportes: Plan de mejoramiento formulado Acta de comité de planeación de fecha 21 de Noviembre	Tesorero	Los 3 auditores para la vigencia 2017 que fueron involucrados, eligieron un momento oportuno, sin embargo se debe seguir trabajando con un poco mas de frecuencia, evitando así incurrir en el riesgo deseado.

MAPA DE RIESGOS

<p>TECNOLOGIA BIOMEDICA Y MANTENIMIENTO</p>	<p>Facilita o sustituye bienes y servicios que no cumplen con los especificaciones contractuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se elaboran informes de supervisión de acuerdo o formatos estandarizados por el área de contratación, donde se realiza seguimiento a cada una de las obligaciones del contrato. Se realiza el registro de actividades de mantenimiento en hojas de vida de equipos biomédicos, en internet y en físico. Se realiza la capacitación y actualización del proceso de implementación. Se elabora y documenta la política de adquisición de tecnologías biomédicas, socializada e implementada. Se realiza el registro de actividades de mantenimiento, digitalización de hojas de vida de los equipos, política de adquisición de tecnologías biomédicas, con los requisitos de socialización. 	<p>Coordinación, Gestión del Ambiente Físico, Ingeniería Biomédica.</p>	<p>Desde la vigencia 2017, se realizaron dos cuestionarios al área de almoneda donde se pudo observar que los elementos recibidos corresponden a las descripciones solicitadas en los contratos y en la justificación de necesidades. No se evidencian reportes o requerimiento alguno donde identifique la recepción de bienes e insumos distintos a los descritos en el análisis de necesidades y descripción del objeto del contrato.</p>
<p>RECURSOS FISICOS</p>	<p>Pérdida de recursos físicos de la Entidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se analiza la actualización de los inventarios de propiedad propia y equipo con la firma de responsables. Se realiza Capacitación en inducción al personal técnico de la importancia de la custodia de los bienes de la institución. Se realiza el control de cada dependencia por mantenimiento, reposición o baja. Se realiza la verificación de inventarios de forma física. Se realiza el inventario de propiedad propia y equipo con firma de responsables. 	<p>Coordinación, Gestión del Ambiente Físico</p>	<p>Se ha verificado el cumplimiento por el área de recursos físicos donde se tiene designados los funcionarios donde se responsabilizan para establecer, dirigir y controlar las políticas, normas y procedimientos para la administración de los recursos físicos concordante con el art 7 de la ley 610 del 2000</p>
<p>CONTRATACIÓN</p>	<p>Indebida supervisión de los contratos</p>	<p>Se ha dado cumplimiento a los principios, siguiendo la planeación de compras y adquisiciones, servicios programados en el Plan Anual de Adquisiciones. Se han publicado en la página del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECCOP, el plan por ciento de los contratos celebrados.</p> <p>Se ha realizado en cada proceso contractual una selección objetiva del contratista y/o proveedor, o través de las cotizaciones requeridas y las exigencias de idoneidad, experiencia y referencias. El desarrollo de cada proceso contractual, se ha realizado en cumplimiento de los requisitos que por estatuto de contratación y demás disposiciones legales aplicables se han establecido.</p> <p>Se han requerido a los supervisores el cumplimiento de sus obligaciones.</p> <p>Se ha realizado el seguimiento a los contratos durante la ejecución de los contratos y se ha dado cumplimiento cuando no sido requerido.</p>	<p>Lider Contratación</p>	<p>Se realizó capacitación para supervisores de contratos, estos funcionarios han cambiado adecuadamente con su función.</p> <p>Se realiza designación de supervisores mediante oficio y altos reportes periódicamente los resultados presentados.</p> <p>No se han presentado casos de inconformidad en la función de supervisión de contratos hasta el momento.</p> <p>Se guarda coherencia entre los bienes y servicios contratados con lo establecido en el plan anual de adquisiciones.</p> <p>Se observa que cada contrato cuenta con la justificación para su compra y es coherente con las necesidades de la Entidad.</p>
<p>SISTEMAS DE INFORMACION</p>	<p>Entrega claves de usuarios administrativos de red o terceros</p>	<p>Se continúa con el seguimiento al proceso para sistematizar información a través de la funcionalidad de claves de administración, las cuales no son de conocimiento de terceros y clave para acceso, así mismo se tiene en cuenta y se aplica el formato establecido CSI-F-012 por el registro de claves y usuarios.</p> <p>Se ha dado cumplimiento al Plan Anual de Adquisiciones, y se han realizado las actualizaciones necesarias de acuerdo a las necesidades que se presentan.</p> <p>Se realiza la certificación Plan Anual de Adquisiciones sobre la existencia del bien o servicio o contrato, que reposa en cada contrato suscrito.</p>	<p>Lider sistemas de información</p>	<p>Se realiza la revisión del Formato CSI-F-012 para evidenciar los registros de claves y usuarios.</p>
<p>COMUNICACIONES</p>	<p>Atención de información institucional divulgada al interior y fuera de la institución</p>	<p>Se ha continuado con la implementación del plan de medios de comunicación donde para el año 2017 se logró establecer en los diferentes canales de información de la entidad la imagen corporativa de salud. Se desmantelaron 18 boletines de prensa emitidos por los diferentes canales de información de la Entidad; Se desmantelaron 278 publicaciones en la red social Facebook (legando a 7,462 seguidores); Se desmantelaron 169 publicaciones en la red social Twitter (legando a 306 seguidores); Se desmantelaron 106 diseños para (afiches) de campañas institucionales que han servido de apoyo a los cambios de comportamiento del ciudadano en cuanto al sector salud; Se publicaron 799 fotografías en redes sociales y se desmantelaron 21 videos Institucionales; Se fortalecieron entre las funciones de la institución el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), entre ellas: la página institucional, el Facebook, Twitter y Youtube, o través de la inducción y el rediseño de los colaboradores.</p>	<p>Lider Comunicaciones</p>	<p>Se verifica el cumplimiento del artículo 10 del Decreto 4026 de 2011, que establece que los colaboradores de una institución pública en el desempeño de sus funciones deben garantizar el cumplimiento del deber social emanado en la función pública, así como la integridad moral, la transparencia y la imparcialidad en el ejercicio de sus funciones, así como la responsabilidad y la eficiencia.</p>

COMPONENTE	ÁREA	ACTIVIDAD	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE	APORTACIONES
	TALENTO HUMANO	Selección del personal sin el cumplimiento de los perfiles y los requisitos para ocupar un cargo público	Se continúa con la verificación de la documentación requerida de acuerdo al perfil y cargo a ocupar. Para el personal de planta se verifica el perfil de acuerdo al cargo o ocupar y conforme al Manual de funciones y Competencias Laborales y a la norma 2003 de 2014.	Lider Talento Humano	Se ha constatado que el diligenciar el formato CAF-F-070 se lleva exitosamente, acompañando los folios de vida previo a la selección del personal.
	ARCHIVO	Pérdida de documentos, registros de documentos, soporte y demás información de la entidad.	Se realizó el Deseño de las Tablas de Retención Documental de Salud Segonoso ESE, las cuales fueron un concepto favorable por parte del Comité Interno de Archivo y fueron Aprobados por la Representante Legal de la Empresa mediante Acto Administrativo. Se envían para su Convocatoria al Consejo Departamental de Archivos de Boyacá. Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 24 de la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 004 de 2013.	Lider Documental	Se determina el procedimiento realizado para dar cumplimiento con la ley de archivos decretos reglamentarios y el Acuerdo número 004 de 2013.
	CONTROL Y EVALUACIÓN	No se despiden completamente los auditores internos que colaban y control interno programados	De la totalidad de auditores que fueron programados 45, los mismos fueron programados de la siguiente forma: 1 auditoría parcial Código de ética y BG, 2 auditorías en Talento Humano; 1 auditoría en dirección de control, información y comunicación pública; 1 auditoría en actividades de control, información y comunicación pública; 1 auditoría en autoevaluación; 2 auditorías en planes de mejoramiento; 2 auditorías en evaluación y seguimiento; 2 auditorías en relación entre externos; 3 auditorías en riesgo de corrupción y de integridad al ciudadano; 2 auditorías en contratación; 8 auditorías en ciclo menor; 2 auditorías de proceso de SIAM; 2 auditorías en informes financieros; 6 auditorías en formación; 3 auditorías en ómnibus; 1 auditoría en Esterilización; 1 auditoría en Transporte Rápido y una auditoría en Vacunación	Coordinación de Comité Interno	Por motivos de las auditorías de seguimiento a las preventivas programadas, quedaron pendientes de realizar las siguientes: 2 Auditorías en planes de mejoramiento, 2 auditorías en Evaluación y Seguimiento, 2 auditorías en Relación con Externos. De las 2 auditorías programadas para Informes Financieros, se verificaron los informes reportados a los Etlis de Control. Para Talento Humano se dio de producir una auditoría. Cambios en la pertinencia o cargo menor se practicaron 3 auditorías. Por lo que de las 45 se practicaron 31 auditorías que corresponden al 68% del total programado
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	PLANEACION	Verificar inventario de trámites legitimados en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT)	Se realizó la verificación de los trámites registrados en el sistema único de trámites de información (SUIT), en el cual se tienen 6 trámites registrados teniendo en cuenta los servicios que presta la institución.	Lider Planeacion	Esta 6 trámites se detallaron de acuerdo a lo planteado en el SUIT y contribuyen con una mejor prestación del servicio a los usuarios. El diligenciamiento de la Historia Clínica se viene desarrollando de forma oportuna y se realizan capacitaciones a los profesionales para su actualización y necesidades de la Entidad.
	SISTEMA DE INFORMACION	Elabora y crea link en pagina web para que el usuario logre acceder directamente al portal del Sistema Único de Información de Trámites - SUIT	Se continúa con el Acceso a Sistema Único de Información y Trámites (SUIT) desde la página Web al ingresar usando uno navegadores externos, se debe consultar como www.saludsegonoso.org y/o www.saludsegonoso.gov.co en el Estado de menú principal encontrar un acceso en la parte superior denominado Acceso SUIT, luego nos lleva a la página del Departamento Administrativo de la Función Pública donde se visualiza los trámites que Salud Segonoso permite realizar conforme a la Norma.	Lider de Sistemas de Información	Se verifica la Accesibilidad de la FACINA WEB.
RENDICIÓN DE CUENTAS	PLANEACION	Realiza charlas activas líderes por la Idea SIAM, cuyo objetivo es la adherencia y entendimiento de los deberes y derechos de los usuarios.	Para el primer semestre de 2017, en cumplimiento de lo establecido en el artículo No. 032 de 2008 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, el Artículo 78 de la Ley 1474 de 2011, Salud Segonoso realizó la audiencia pública de rendición de cuentas el día 24 de Mayo de 2017 a las 9:00 am, en el cual se desarrolló conforme a los lineamientos del cual es principio de la institución, la misma se desarrolló conforme a los lineamientos establecidos en la Política de Rendición de Cuentas de la Norma Ejecutiva o los Ciudadanos. Cuentas en cumplimiento de establecida en el documento Consejo 3454 de 2010 y el manual único de rendición de cuentas. El día 24 de mayo de 2017 se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas, en la cual se desarrolló conforme a los lineamientos de la ESE para el año 2016, mediante Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, con el fin de contribuir al desarrollo de los principios constitucionales de transparencia, responsabilidad, eficacia, eficiencia, imparcialidad y participación ciudadana en el manejo de los recursos públicos.	Coordinación y Lider los procesos	Se efectuó la rendición de cuentas a la ciudadanía en el tiempo, modo y lugar que se había planeado de forma exitosa. Se presenta informe de audiencia pública de rendición de cuentas detallando las acciones realizadas de acuerdo a la metodología establecido.
	SIAM	Realiza charlas activas líderes por la Idea SIAM, cuyo objetivo es la adherencia y entendimiento de los deberes y derechos de los usuarios.	Se continúa con charlas con apoyo de los profesionales en tiempos de no asistencia del usuario.	Lider de SIAM	Se verifica el procedimiento, por parte del responsable buscando el objetivo de lograr la adherencia y derechos, determinadores en la ley 1751 del 10 del 2015.

PLANIFICACION	Seguimiento y monitoreo para el cumplimiento del indicador de la satisfacción del usuario	Se realiza el seguimiento para del indicador. Tasa de satisfacción Cibdel para el año 2017 del engomado un porcentaje de satisfacción acumulado del 94. %.	Lider de Planificacion	Se verifica el indicador final de satisfacción al usuario según el trabajo de control permanente fundamente por SAUDU SOCCAMOSO E.S.E.
<p>MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ATENCION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS</p>	<p>Identificar estrategias que permitan mejorar la calidad de atención de los usuarios por parte de cliente externo</p> <p>Divulgación de los deberes y derechos de los usuarios</p>	<p>Se continúa realizando la divulgación de deberes y derechos, a través de estrategias como el desarrollo de programas de atención al usuario, en colaboración con los departamentos de atención al usuario, en colaboración con los departamentos de atención al usuario, en colaboración con los departamentos de atención al usuario.</p> <p>Se continúa con el programa radial, todos los jueves de 7:30 a 7:30 am, con el fin de dar a conocer a los usuarios los deberes y derechos, así como el uso racional de los servicios que presta Salud Socomoso ESE y demás estrategias que contribuyen a la mejora en el prestación de servicios de salud que presta la institución.</p> <p>Soportes: Registro fotográfico, listado de asistencia o capacitaciones y charlas en salas de espera.</p>	Lider de SAU	<p>Se evidencia la puntual asistencia por parte de los usuarios, los deberes y derechos de los usuarios, lo que conlleva a la satisfacción en el uso de los servicios. Igualmente los clientes internos propendan por la mejorización de los procesos relacionados en pro de la calidad de prestación del servicio.</p> <p>Se registran y divulgan las evidencias en la misma capacitación en sala de espera, además el registro fotográfico</p>
<p>TALENTO HUMANO</p>	<p>Realiza un video institucional que contenga los deberes y derechos de los usuarios, para proyectar en la sala de espera de la institución.</p> <p>Divulgación y adherencia al cliente interno sobre los deberes y derechos de los usuarios.</p>	<p>Se continúa reforzando la proyección de videos institucionales en la sala de espera, como estrategia que contribuye a la divulgación de los deberes y derechos de los usuarios.</p> <p>Soportes: Videos institucionales</p> <p>Se continúa con la divulgación de deberes y derechos del usuario cada miércoles en la capacitación General donde se enfatiza en un deber y un derecho de la semana al cliente interno y se comenta a que hace referencia para con nuestros aliados.</p> <p>Soportes: Registro de asistencia capacitación general</p>	Lider de Talento Humano	<p>Esta actividad se realiza con regularidad y al consultar a los usuarios sobre deberes y derechos, ellos expresan que en alguna oportunidad han recibido este tipo de información. Por lo que es necesario continuar con la estrategia para que los usuarios internalicen el comportamiento</p> <p>Se verifica la implementación de la política del buen trato, enfocada a los usuarios, de SAUDU SOCCAMOSO E.S.E., el cual que se adhieren al principio fundamental de VALORES.</p>
<p>SAU</p>	<p>Actualización y formulación de la resolución de adopción de los deberes y derechos del usuario.</p>	<p>Se continúa realizando divulgación en deberes y derechos bajo la resolución No 84 del 24 de Enero de 2017</p>	Lider de SAU	<p>Se identifica el desarrollo de la resolución 84 del 2017, verificando las evidencias presentadas.</p>
<p>SAU</p>	<p>Medir y documentar el procedimiento de demanda insatisfacción</p>	<p>Se documenta el procedimiento de demanda insatisfacción con código GPS-P-013 y se documenta el formato GPS-F-013, con el fin de conocer las causas por las cuales los clientes externos, no se encuentran satisfechos con los servicios, o información solicitada en Salud Socomoso ESE, a fin de generar procesos de mejora continua de acuerdo a los resultados encontrados.</p> <p>Soportes: Procedimiento de demanda insatisfacción con código GPS-P-013 Y formato GPS-F-013</p>	Lider de SAU	<p>Se verifica los formatos mencionados que apoyan el proceso de minimización de demanda insatisfacción</p>
<p>SAU</p>	<p>Accompañamiento, orientación y desplazamiento de los sistemas de información y atención al usuario al área municipal del municipio de Socomoso.</p>	<p>Se continúa con el desplazamiento al área rural (Belloitica y Unidad móvil, para conocer necesidades y expectativas de los usuarios, junto con todo el personal del área patronal, además, y a través del programa radial, se realiza la divulgación de temas de interés al personalización de los servicios, cambios de atención, deberes y derechos, programas de promoción y prevención)</p>		<p>Estas actividades se están cumpliendo y se evidencian evidencias de reuniones y material socializado.</p>

MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

<p>SISTEMA DE INFORMACION</p>	<p>Actualización de la página web con la información mínima obligatoria establecida en la Ley 1712 de 2014.</p>	<p>Salud Sogamoso E.S.E. tiene publicada en la página la descripción de su estructura organizativa, funciones y deberes, la ubicación de sus sedes, horas de atención al público. Se tiene publicado el presupuesto general, ejecución presupuestal histórico anual y planes de gasto público para cada año fiscal. Se tiene directorio que incluye el cargo y direcciones de correo electrónico del despacho de los empleados y funcionarios, y las normas salariales y reglamentarias, políticas, lineamientos o manuales, los roles y objetivos de las unidades administrativas de conformidad con sus programas operativos y los resultados de los auditores al ejercicio presupuestal e indicadores de desempeño; Se tiene publicado plan de compra anual así como los conocimientos adquiridos para la correspondiente vigencia en la relación con el funcionamiento e inversión, los datos públicos, los bienes adquiridos, amovidos. De igual manera se realiza la actualización de la página web de acuerdo a los requerimientos que</p>	<p>Lider de Sistemas de Información y Comunicaciones</p>	<p>Se verifica el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y Ley del DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA NACIONAL.</p>
<p>CONTRATACION</p>	<p>Asegurar el registro de contratos celebrados en la ESE en el SICOP.</p>	<p>Para el periodo Septiembre - Diciembre, se celebraron y publicación en la página del Sistema Electrónico de Contratación Pública, SICOP 61 contratos, entre ellos por concepto de prestación de servicios y suministros, de igual manera en cada contrato suscrita reposa la evidencia de su publicación en el SICOP.</p>	<p>Lider de Contratación</p>	<p>Se da cumplimiento al artículo 19 del Decreto 1310 de 2013 responsabilidad de los entes contratantes de garantizar la publicidad de todos los procedimientos y actos asociados a los procesos de contratación, dicho publicado se realiza en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública, Sycop en el sitio web indicado por el administrador, lo anterior quiere decir que por cada proceso de selección que otorgue una entidad pública debe existir en el Sycop la publicación del proceso contractual.</p>
<p>TALENTO HUMANO</p>	<p>Actualizar y reportar información en el Sistema de Información y Gestión Pública en cumplimiento del Decreto ley 019 de 2012, Artículo 227</p>	<p>Se realiza conciliación con asesoria del DAFP (SIGEP) para la implementación del sistema y plataforma en Salud Sogamoso E.S.E. Se originan datos de usuarios y Contratos a los que deben diligenciar el proceso. Igual Talento Humano, el sistema de control de asistencia, personal por información y Gestión Pública en plataforma. Cada funcionario y/o contratado sabe con qué historial laboral está registrada y reportada por cada documento para poder acceder a plataforma y diligenciar información requerida. Se asegura presencia de vigilancia de videos al personal de planta y contratistas, por parte del DAFP, teniendo en cuenta la base de datos enviados por Salud Sogamoso.</p>	<p>Lider de Talento Humano</p>	<p>Se encuentra pendiente la migración de claves y contraseñas de los conflictivos y funcionarios de planta, por parte del DAFP, para el diligenciamiento de los mismos en el aplicativo SIGEP</p>
<p>SISTEMAS DE INFORMACION</p>	<p>Actualizar el formato en línea peticiones, quejas, reclamos y denuncias en cumplimiento del decreto 1081 de 2013</p>	<p>Se encuentra publicada con fácil acceso el formato de Quejas, Peticiones, Reclamos y Denuncias, acceso a un formulario con la opción de registro y seguimiento por parte de los usuarios, con el fin de facilitar el mecanismo de participación y acceso a la información por parte del cliente externo.</p>	<p>Lider de Sistemas de Información</p>	<p>En la página web atención al usuario en la sección PORSE se evidencia la inspección y el formato actualizado</p>
<p>SAU</p>	<p>Realizar seguimiento al indicador de peticiones, quejas y reclamos recibidos en la página web.</p>	<p>Se continúa con la apertura diaria de la página web, para verificar PORSE, indicada en este mecanismo que tiene Salud Sogamoso, donde para el periodo Septiembre - Diciembre se indicaron 03 PORSE, los cuales fueron respondidas en un tiempo no mayor a 15 días; cada una de las quejas cuenta con su respectivo acción de mejora.</p>	<p>Lider SAU</p>	<p>Se verifica que en el último trimestre se presentaron 3 quejas, las cuales se respondieron 3 quejas que fueron oportunamente atendidas.</p>
<p>ARCHIVO</p>	<p>Elaborar las tablas de clasificación documental conforme a los estándares establecidos por el Archivo General de la Nación</p>	<p>Se realizó el diseño y elaboración de los tablas de Retención Documental de Salud Sogamoso ESE, las cuales tuvieron un concepto favorable por parte del Comité Interno de Archivo y fueron aprobadas por la Representación Legal de la Empresa mediante resolución No. 395 de 2012. De igual manera se enviaron para su validación al Consejo Departamental de Archivos de Boyacá. Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 24 de la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 004 de 2013. De igual manera se establece la política de gestión documental con el fin de implementar los procesos de gestión documental a fin de garantizar la disponibilidad y confiabilidad de la información.</p>	<p>Lider de gestión documental</p>	<p>Se evidencia que archivo se encuentra en el procedimiento para el cumplimiento a las obligaciones de implementación de las tablas de retención según decreto 039 del 2012 del archivo general.</p>
<p>SISTEMAS DE INFORMACION</p>	<p>General acceso link que permita definir el Criterio diferencial de accesibilidad</p>	<p>Se elaboró y programó en la página web Criterio diferencial de accesibilidad con el nombre ACCEISO DIFERENCIAL con el objetivo de facilitar que las poblaciones vulnerables accedan a la información que particularmente les afecta.</p>	<p>Lider de Sistemas de Información</p>	<p>Se verifica la accesibilidad a los documentos y servicios presentados en el área informática</p>
<p>SISTEMAS DE INFORMACION</p>	<p>General un informe de solicitudes de acceso a información en la página web.</p>	<p>Se realiza monitoreo del acceso de usuarios o consulta de la página web en el taller de cumplimiento del otro se realizaron registros de ingresos de 4066 visitas y un documento de 14469</p>	<p>Lider de Sistemas de Información</p>	<p>Se realiza seguimiento continuo a la consulta realizada por los usuarios al sistema informático de SAUD SCSAAMCISO E.S.E.</p>

INICIATIVAS ADICIONALES	VENIAJILLA UNICA DE CORRESPONDENCIA SAU	<p>Generar y actualizar el informe de validación de acceso a la información o "hoyes" de la institución a través del software de ventanilla única de correspondencia</p>	<p>Se continúa con la implementación del procedimiento de ventanilla única de correspondencia. Se genera informe del tercer cuatrimestre del año de las solicitudes, indicaciones que ingresan a la institución a través del software de ventanilla única de correspondencia. Se genera informe de solicitudes del software de ventanilla única de correspondencia</p>	<p>Auxiliar de ventanilla única</p>	<p>Actividad que se está realizando por parte de la Líder Gestión Documental y se encuentra en proceso de cumplimiento, presentando las correspondientes evidencias</p>
		<p>Actualizar el código de ética y el gobierno de cumplimiento de la institución a través del software de ventanilla única de correspondencia</p>	<p>Se realiza actualización del código de ética, a través de la resolución No.323 de 25 de Julio de 2017, con el fin de contar con una guía para los funcionarios servidores y contratistas, en la cual se oriente el comportamiento ético del trabajador frente al desarrollo de la misión, visión, objetivos institucionales. De igual manera el mismo fue publicado en la intranet institucional y socializado en la jornada de inducción y validación realizado al interior de la institución. Se socializó el código de ética, registro de socialización.</p>	<p>Líder SAU</p>	<p>Se verifican los documentos correspondientes y se evidencia la socialización, al igual que los documentos correspondientes</p>

Consolidación del Documento.	<p>Nombre: Código:</p>	<p>Nombre: Código:</p>	<p>ANGIE CATHERINE SOLER PERABANI COORDINADORA DE PLANEACION ANILCE GILMA YANETH PERIGO GRANADOS COORDINADORA DE CONTROL INTERNO</p>
Seguimiento a las Estrategias.	<p>Nombre: Código:</p>	<p>Nombre: Código:</p>	<p><i>[Signature]</i></p>

[Signature]