

Mapa de Riesgos de Corrupción año 2016
Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga - ESE ISABU

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles		acciones					
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Atención al Usuario	aperturas de buzones realizadas sin ningún tipo de verificación con el fin de proteger, ocultar o adulterar la información recopilada.	1	manipulación de la información escrutada en los buzones de sugerencias de cada unidad operativa de la ese isabu	Cada vez que se realice la apertura de buzones, se hará en presencia de un testigo el cual será un usuario (o en su defecto el vigilante) del centro de salud, el cual verificará que las pqr's escrutadas sean las mismas registradas en el acta de apertura para constancia de lo anterior el usuario registrará en la respectiva acta sus datos personales como nombre, documento de identidad y número telefónico	x		verificar que todas las actas de apertura de buzones cuenten con la información solicitada y se hallan realizado en presencia de un testigo	jefe del proceso siau - coordinadora siau	no. de actas de apertura de buzones verificadas /no. total de actas de aperturas de buzones realizadas	se realiza la verificación por parte de la coordinadora del siau, del formato fu-022, en el cual se constata los datos personales tanto del testigo como el del usuario, el cual se certifica mediante un visto bueno, se toma una muestra aleatoria para verificar directamente con el usuario testigo mediante llamada telefónica.	para constancia se anexan tres (3) actas de apertura como muestra, las demás actas reposan en el archivo de gestión oficina siau
Gestión Ambiental	sanciones incumplimiento a la normatividad vigente	1	alteración de los informes entregados a los entes de control	socializar	x		socializar los informes entregados a los entes de control en el comité ambiental	área ambiental	actas del comité ambiental	se envió informe consolidado del formato rh1 2do semestre 2015 y 1er semestre 2016al ente de control área metropolitana de Bucaramanga el día 24 de agosto de 2016, no se ha socializado en comité ambiental.	se anexa radicado # 00007648
Gestión Comunicaciones	sistema de información sin medidas de seguridad para proteger la información, ocultar información y adulterar información.	1	manipulación de la información que se suministra a través de la página web.	es necesario que la información que se suministra desde la oficina de comunicaciones para subir al link de noticias de la página web sea revisada previamente por el administrador de contenidos de la página web.	x		las noticias publicadas serán previamente revisadas por el administrador de contenidos de la página web, para de esta manera tener un control mayor sobre la información divulgada por este medio.	comunicadora / administrador de contenidos de la página web	numero de publicaciones / número de publicaciones revisadas previamente	se realizaron siete (7) publicaciones de noticias e información en el boletín institucional	anexo un (1) cd con los soportes escaneados.

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles			acciones				
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Gestión de Planeación	<p>* Desconocimiento de las normas legales que establece la obligatoriedad de la presentación oportuna de los informes.</p> <p>* Prioridad baja por las dependencias en la formulación de planes y presentación de los informes en las fechas indicadas</p> <p>* no cumplimiento de las actividades programadas en las fechas estipuladas.</p>	1	manipulación de los indicadores del plan de acción	seguimiento trimestral al plan de acción	x		seguimiento segundo trimestre 2016	planeación	número de actividades del plan de acción a las que se realizó el seguimiento/ total de actividades del plan de acción.	Se realizo el seguimiento al plan de acción a segundo trimestre 2016.	Se anexan soportes(Planes de acción)
	alteración en el procedimiento de entrada y salidas de insumos o materiales	1	Transparencia en el proceso de inventarios y activos fijos.	registrar cada una de las entradas y salidas de los insumos y materiales	x		verificación de la respectiva entrada y/o certificación de ingreso y registro de los despachos o salidas debidamente firmadas por el almacenista general y el respectivo beneficiario	Almacenista general y apoyos del proceso.	número de contratos verificados / número total de contratos	Una vez se recibe en el almacén general el encargado revisa y confirma si lo entregado es lo que se solicitó, es ase como firma de recibido a satisfacción entrega la factura al profesional encargado de hacer la entrada en el sistema.	<p>1. cuando se evidencia diferencia entre la entrada de almacén que se realiza en el sistema cnt y la factura física , se elabora acta donde se registra el valor , la cual debe ser debidamente firmada por los que en ella intervienen. (anexo no.1)</p> <p>2. toda entrega de insumo requiere una solicitud del mismo especificando el área firmado por el jefe responsable de cada area.se evalúa la disponibilidad de los solicitado. Si hay se genera despacho en el sistema cnt se da de baja(salida) en el sistema. se entrega el pedido en físico y deben firmar el despacho de recibido. Si por lo contrario no hay el insumo solicitado pasa a bandeja de pendientes, controlado por la persona encargada de la bodega. (anexo no.2)</p>

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles			acciones				
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Gestión de Recursos Físicos	no seguir el proceso legal de la contratación.	2	transparencia en el proceso de contratación.	cumplir con el proceso legal para la contratación de acuerdo a la hoja de ruta.	x		verificar que dentro de los contratos existan los soportes legales previos, durante y posteriores al proceso de contratación	almacenista general, apoyo del proceso	número de contratos revisados/ número total de contratos	1. en la contratación se maneja una lista de chequeo documental en la cual se especifica el orden de los documentos dependiendo la etapa: (preparatoria, precontractual, contractual e inicio de ejecución) cuando se inicia el proceso de contratación, la carpeta se presenta a la oficina jurídica y desde ahí, inicia la revisión de la documentación, en caso contrario será motivo para hacer devolución de carpeta. 2. al igual todas las carpetas deben estar debidamente foliadas, las cuales deben estar registradas en las tablas de retención documental trd.	1.toda carpeta tiene como portada una lista de cheque documental. (anexo no.3) 2.en la oficina del almacén general, se encuentran debidamente archivadas y foliadas cada una de las carpetas de contratos y se encuentran plasmadas en las tablas de retención documental trd 2016
	no realizar el proceso de compras acorde con las especificaciones solicitadas	3	eficaces en la adquisición de bienes y servicios	cumplir con el suministro de bienes y servicios solicitados	x		verificar que dentro de los contratos existan los soportes de las especificaciones para la respectiva adquisición del bien o servicio	almacenista general, apoyo del proceso	número de contratos revisados/ número total de contratos con especificaciones	Los requerimientos que realizan los coordinadores de la unidad que requieren el material o insumo, deben venir con las especificaciones de lo solicitado o de lo contrario habrá demora para el inicio del proceso de contratación ya que esos datos son fundamentales para que los proveedores presenten las cotizaciones e iniciar el proceso de contratación.	1.anexo copia de requerimiento entregado al almacén sin ninguna especificación, (03 de febrero-16. (anexo no.4) 2.anexo copia del proveedor donde solicita las especificaciones para poder cotizar(23 de febrero-16)(anexo no.5) 2.anexo copia de requerimiento con las especificaciones para poder entregar al proveedor y presentar la cotización.(18 de marzo -16)(anexo no.5). NOTA: La evidencia presentada para este riesgo corrobora la ausencia de planeación para mitigar el riesgo.

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles			acciones				
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Gestión de Control Interno Disciplinario	trafico de influencias por externos o servidores públicos de la entidad, presión externa o interna hacia el funcionario investigador	1	Dilación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo.	revisar periódicamente los procesos	x		alimentar una planilla en la que se registren fechas de realización de las actuaciones en cada proceso en curso (proteger la reserva procesal)	jefe oficina control int disc.	actuaciones procesales/términos de ley	A la fecha se ha dado inicio a 3 procesos disciplinarios así: OCI-001-2016, en cotnra de Boris Yamid Velasco Parada, ex funcionario de la ESE- ISABU OCI-002-2016 en contra del señor Luis Antonio Peña Hernaádez, ex funcionario de la ESE- ISABU y OCI-003-2016 en contra de Matha Adriana Mariño López- funcionaria de la entidad.	Auto de apertura de Indagación Preliminar de loa tres procesos de fecha 04/08/16. Se aporta como evidencia copia de cada uno de los autos.
	incurrir en faltas disciplinarias por desconocimiento de las normas vigentes	2	el desconocimiento de la normatividad disciplinaria puede generar que se incurra en faltas	capacitar en materia disciplinaria a los empleados públicos de la ese isabu más propensos a incurrir en faltas, de conformidad con los históricos en esta materia.	x		realizar una (1) capacitación a los empleados públicos de la ese isabu en normatividad disciplinaria	jefe oficina control int disc.	realización de una (1) capacitación	No existe evidencia que demuestre el cumplimiento de esta actividad, por tanto deberá programarse para el siguiente trimestre.	No se reporta evidencia alguna.
Gestión de Control Interno	* falta de ética * desconocimiento de la normatividad	1	* abuso de poder protegiendo o perjudicando a un funcionario	aplicación de la normatividad vigente y cumplimiento al plan de auditoría	x		verificar las actividades ejecutadas a la fecha según lo programado en el plan general de auditorías de 2016	líder del proceso	auditorías realizadas /auditorias programadas * 100	se realizaron las actividades programadas a 31 de agosto según plan de auditorías para la vigencia 2016	cumplimiento del plan general de auditorías, evidenciado en el archivo de la oficina de gestión y control interno
Gestión del Talento Humano	allego de documentos falsos durante el proceso de ingreso del personal a posesionarse en la institución	1	falsedad en la presentación de certificación de requisitos académicos para posesionarse en un cargo	comprobación de la veracidad de los requisitos académicos necesarios para posesionarse en un empleo	x		Selección y clasificación de los soportes académicos de los funcionarios que reposan en las historias laborales.	talento humano / archivo historias laborales	número de personas posesionadas por año/sobre número de reportes académicos por actualizar en la historia de vida laboral	se anexa soportes de las solicitudes enviadas por la subdirección administrativa a las universidades, requiriendo certificación de títulos educativos de cuatro (4) funcionarios que ingresaron en el segundo cuatrimestre de 2016, al igual que la respuesta dada por dichas universidades.	se anexa como soporte catorce (14) folios.
	falta de control y seguimiento, en el manejo de la información consignada en formatos y/o documentos suministrados por los funcionarios para alimentar las historias laborales	2	inconsistencias en la información consignada, actualizada en los formatos y/o documentos de manejo anual en los archivos de historia laboral	revisión y apareamiento de la información consignada por los funcionarios en formatos y/o documentos	x		revisar los formatos y/o documentos suministrados por los funcionarios para verificar el lleno total y coherencia de la información suministrada	talento humano / archivo historias laborales	numero de formatos y/documentos requeridos en cada anualidad sobre número de formatos y/o documentos revisados	la subdirección administrativa el día 4/8/2016 via mail, recordó a los calificadores que se debía hacer la entrega oportuna de la evaluación del desempeño laboral correspondiente al periodo febrero 1 a julio 31 de 2016 cuyo plazo para hacer la respectiva calificación era 15 de agosto del presente, y posteriormente debían enviarla a este despacho.	en la actualidad estamos a la espera de la entrega por parte de los calificadores de evaluación del desempeño laboral parcial. anexo como soporte pantallazo del mail enviado en un (1) folio.

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles			acciones				
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Gestión Documental	* Falta de control y seguimiento. * Falta de ética * Ddesconocimiento de proceso y procedimientos de gestión documental.	1	falsificación de documentos por los funcionarios y contratistas de archivo	auditoria sobre consecutivos de certificaciones y radicación de la documentación institucional		x	1. auditoria de consecutivos de las certificaciones expedidas 2.revisión del radicado de los documentos en el software ged.	coordinadora de archivo y administración de documentos	1. no. certificaciones consecutivas revisadas/ total de certificaciones expedidas. 2. registro total de radicados.	1. verificación del consecutivo en el archivo digital de las certificaciones laborales y bonos pensionales expedidas de abril 06 a agosto 17 de 2016. Registro historia laboral. Consecutivo de la 53 a la 120 total certificaciones 68 = con corte a agosto 17. 2.revisión y verificación del consecutivo en la documentación completa en ventanilla única y de los radicados recibido y enviado de los documentos en el software ged. Consecutivo del 2858 al 7444 total de radicados 7.444 =ged, con corte al 17 de agosto de 2016. total radicados: 2858.	se anexa como soporte: * acta de auditoria consecutivos certificaciones. * Acta de auditoria al software de la ventanilla única.
	* Demora en respuestas a los derechos de tutelas y otros sin información completa. * Falta de revisión de las respuestas por personal de conocimiento en cada temas.	2	Ocultar a la ciudadanía la información considerada pública.	1- auditorias realizados. 2-capacitaciones.		x	realizar auditoria al proceso de acceso a la documentación pública	coordinadora de archivo y administración de documentos	no. de auditorias programadas/no. de auditorias realizadas	1. revisión y verificación archivo central de las planillas de acceso a la documentación e información de la institución solicitadas (soporte planilla de acceso a documentos). 2. se realizaron capacitación a los apoyos de archivos de hc de los centros de salud, sobre las planillas de acceso y entrega de la documentación e información a los usuarios en general solicitada por escrito mediante derecho de petición, tutelas e información general (soporte planillas).	Se anexa: *planillas formato f-gd-006-01 acceso a documentos. *actas y planillas de asistencia a capacitaciones.

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles			acciones				
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Hospitalario Médico	Beneficio económico a terceros	1	Estancia prolongada sin reporte adecuado de la permanencia	verificación diaria del registro diario de pacientes hospitalizados f-hm-002.02 y elaboración diaria de la planilla reporte diario de actividades realizadas en hospitalización f-hm-002-01 se verificará en actas elaboradas por las enfermeras jefes de los servicios 3° 4° piso h.l.n y uimist	x		Verificación diaria de los registros de pacientes y/o pacientes en cada entrega de turno. Revisión diaria de los registros de pacientes y elaboración de reporte de actividades	Líder del proceso hospitalario médico y enfermeras jefes de los servicios 3° y 4° piso h.l.n y uimist	Numero de egresos mensuales reportados / total de egresos reales que deberían salir al mes	Diariamente se realiza la verificación de los pacientes en el recibo y/o entrega de turno por parte del profesional de enfermería, y se diligenció en el formato fu-087 kardex de enfermería, en el espacio de actividades de enfermería y/o pendientes, sobre los usuarios que tengan salida y por alguna causa no lo hagan, además en la historia clínica digital de notas de enfermería, médico y trabajo social se consignaran las actividades que se van o se han realizado. Se realizará de ahora en adelante por parte del profesional de enfermería de los servicios de hospitalización de la ese-isabu 3° y 4° piso del h.l.n y uimist un acta mensual relacionando las novedades de usuarios que ya tienen orden de egreso pero no lo han hecho por múltiples causas y se hará allegar el último día de cada mes para tenerlo como evidencia. Encontrándose en el servicio de medicina interna que los siguientes pacientes presentaron estancias prolongadas en este cuatrimestre por falta de ubicación en asilos o albergues. En este momento ya no se presenta esta situación. En las actas se puede verificar este dato.	se anexan actas mensuales (12) de revisión en base de datos y kardex de enfermería
a	Abandono o dilatación de procesos judiciales activos para recibir provecho económico.	1	Dilatación de procesos judiciales con el propósito de obtener el vencimiento de términos o prescripción de los mismos.	Revisión trimestral de las actuaciones procesales adelantadas en los procesos en donde la ese isabu sea parte.	x		Elaborar un informe donde se indique el estado actual de cada proceso y se especifiquen las actuaciones procesales adelantadas.	jefe oficina asesora jurídica	no. de proceso judiciales actualizados / no. Total de procesos de la ese isabu.	Se ha dado cabal cumplimiento a cada una de las actuaciones y etaas de cada proceso en forma oportuna durante el periodo comprendido entre el mes de mayo y el mes de agosto hogaño.	Se han allegado a la oficina de Control de gestión los cuadros de procesos judiciales en donde la ESE ISABU es parte por activa y por pasiva, con indicación de las diferentes actuaciones y el estado actual de cada uno de ellos. (7 folios)

identificación						seguimiento					
proceso	riesgo		controles			acciones					
	causas	no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Oficina Asesora Jurídica	ocultar información que se considera publica referente a convocatorias públicas	2	la no publicación de las convocatorias públicas que adelante la entidad	revisión trimestral de las publicaciones en la página web de la entidad de los documentos sujetos a publicidad en la modalidad de contratación pública	x		elaborar un informe donde se demuestre la efectiva publicación en la página web de la entidad	jefe oficina asesora jurídica	n° de publicaciones / n° de convocatorias públicas	Se ha dado cabal cumplimiento a cada una de las etapas de los procesos contractuales, publicándolos en la página web de la ESE ISABU en forma oportuna durante el periodo comprendido entre el mes de mayo y el mes de agosto de 2016.	Como evidencia se ha anexado copia de pantallazo donde se evidencia la publicación de los procesos contractuales respecto de las Convocatorias Públicas de Ofertas en la pagina webde la ESE ISABU. (3 folios)
	ocultar información que se considera publica referente a convocatorias públicas	3	la no publicación en el secop de los estudios previos de las convocatorias públicas	revisión trimestral de las publicaciones en el secop de los estudios previos en la modalidad de contratación pública	x		elaborar un informe donde se demuestre la efectiva publicación en el secop de los estudios previos	jefe oficina asesora jurídica	n° de publicaciones en el secop de estudios previos / n° de convocatorias públicas	Se ha dado cabal cumplimiento a cada una de las etapas de los procesos contractuales, publicándolos en el SECOP en forma oportuna durante el periodo comprendido entre el mes de mayo y el mes de agosto de 2016.	Esta Oficina anexó previamente copia del pantallazo tomado del SECOP donde se evidencia la publicación de los estudios previos y demos documentos respecto de las Convocatorias Públicas de Ofertas. (4 folios).
Hospitalario Quirúrgico	* Por falta de comunicación del área quirúrgica al servicio de facturación cuando se realiza un procedimiento diferente al programado. (Evento encontrado en el acto operatorio).	1	pacientes con servicios quirúrgicos atendidos sin facturación adecuada	1) verificación de los procedimientos realizados vs facturados (rips de procedimientos)	x		Diligenciamiento de anexo 3.) Informar a facturación. Unificar los códigos de los diferentes procedimientos (cups). 2) parametrización de todos los procedimientos dentro del software de facturación.	jefe servicio, proceso facturación, personal médicos especialista, personal de instrumentación quirúrgica y enfermería	no. de eventos nuevos encontrados/no. de eventos nuevos facturados en el mes	Toda novedad encontrada por el cirujano al momento de la intervención quirúrgica es informada y se diligencia un formato especial (anexo 3) para facturación.	Se anexa: historia clínica y copia de facturas.
	Intención del beneficio económico del cirujano o al paciente en los costos de los procedimientos.	2	Realización de procedimiento diferente al programado, buscando el beneficio del cirujano o del paciente.	1) verificación de los procedimientos realizados vs facturados. rips de procedimientos) 2) control de consecutivo de las facturas manuales. 3) políticas establecidas para la facturación manual.	x		Verificación antes del ingreso del paciente de procedimiento autorizado. Verificación de que el procedimiento realizado sea el programado y autorizado por facturación.	jefe servicio, proceso facturación, personal médicos especialista, personal de instrumentación quirúrgica y enfermería	no. de procedimientos facturados correctamente/ no. de procedimientos realizados en el mes	Todo paciente al ser admisionado se verifica que tenga autorización de cirugía y debe corresponder al número de procedimientos realizados en el mes.	Se anexa: 1, autorización de cirugía. 2, copia del libro de registro de cirugías realizadas en el mes.

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles			acciones				
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
I	Beneficio personal o económico de la persona que realiza la acción.	3	perdida de insumos médico quirúrgico	1) entrega diaria de insumos por cirugía. 2) diligenciamiento de hoja de gastos de insumos medico quirúrgicos por paciente.	x		1) envío a farmacia hoja de gastos por paciente. Controles permanentes del uso de material medicoquirurgico.	jefe servicio, proceso facturación, personal de instrumentación quirúrgica y enfermería	no. de insumos utilizados por paciente/no. de insumos consignados en la hoja de gastos	En cada procedimiento quirúrgico se diligencia una hoja de registro de insumos utilizados.	Como ejemplo se anexa una hoja de gastos quirófono.
	Beneficio personal o económico de la persona que realiza la acción.	4	pérdida de equipos biomédicos del servicio quirúrgico	1) listado de equipos en cada dependencia del área quirurgica2- entrega de turno con verificación de equipos. 3- verificación y revisión trimestral de inventario general según listados.	x		1) verificación de los elementos en cada entrega de turno.2- revisión de inventario general según listados existentes entregados por almacén.	jefe servicio, personal de instrumentación quirúrgica y enfermería	cuaderno de entrega de turno diligenciado diariamente y verificación de inventario general cada 3 meses	Se realiza una entrega de turno diaria con verificación de inventarios. Se realiza revisión de inventario general cada 3 meses.	Se anexa: copia del libro entrega diaria de turno. Copia del libro inventario trimestral.
	Admisiones: no admitir respectivamente el usuario.	1	deficiencia en la elaboración, consolidación y presentación de la facturación por servicios prestados en la atención en salud	utilización de los medios que permitan identificar el estado del usuario	x		Verificación en base de datos; dnp; bdua (fosyga. Entrega a tiempo de la base de datos por parte del contratante	tercero contratado para el desarrollo del proceso de facturación	1. manual del proceso de facturación revisado y actualizado al 100% antes de terminar el mes de septiembre de 2016.	A partir de la toma del proceso por parte de coesprosalud esto es junio 8 de 2016, se han realizado capacitaciones al personal de admisiones con el fin de mejorar el proceso. Se adjuntan soportes.	Se ha estado verificando el proceso de facturación, se pasaron los borradores a la oficina de calidad y auditoria donde fueron revisados y devueltos con observaciones; está pendiente la corrección final y la devolución para que se reciba la revisión final y posterior adopción.
	No liquidar o legalizar, las atenciones o actividades realizadas a un usuario.	2	deficiencia en la elaboración, consolidación y presentación de la facturación por servicios prestados en la atención en salud	utilización periódica del aplicativo cnt	x		.)Aplicar el manual de proceso y procedimientos de facturación.) Verificar que los cargues por servicios se hagan diariamente.) Utilización diaria del aplicativo cnt para evaluar pendiente.	tercero contratado para el desarrollo del proceso de facturación	2. que los cargues por servicios presados que dependan directamente del proceso de facturación estén pre radicados (central de facturación) antes del 4 días del mes siguiente a la prestación del servicio.	Con el fin de evitar las glosas y mejorar los procesos, se realiza auditoria pre-radicación tanto administrativa como asistencial con el fin de poder subsanar posibles inconsistencias (estas inconsistencias son socializadas al personal de facturación con el fin de minimizar las causales de glosa y/o devolución). Se adjuntan soportes.	De acuerdo a las objeciones presentadas por las diferentes entidades responsables de pago, se solicita implementar la hoja de administración de medicamentos así como hojas de gastos, ya que se ha evidenciado que las evoluciones médicas no están siendo ordenadas como tal, justificados y soportados en la historia clínica. En la evolución debe quedar registrada la cantidad, referencia utilizada, día y fecha de cambio del insumo.

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles			acciones				
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Gestión Facturación	No radicar la facturación de los servicios prestados al ente contratante.	3	deficiencia en la elaboración, consolidación y presentación de la facturación por servicios prestados en la atención en salud	utilización periódica del aplicativo cnt verificación fechas de recibido de las entidades contratantes		x	.) Verificar en el sistema la facturación no radicada. .) Revisión de fechas de radicación en el ente contratante. .) Verificación de fechas de entrega del tercero (facturación) a tesorería de la ese.	tercero contratado para el desarrollo del proceso de facturación	3. que como mínimo el 70% de lo facturado por evento sea radicado los primeros 20 días calendario del mes siguiente. que el 100% de la cápita este radicada en los entes contratantes antes del 15 del mes siguiente	a la fecha se cumple con la radicación del 100% de la cápita en los tiempos establecidos; con la radicación del evento se radica el 80% de la producción, el 20% restante corresponde a facturas pendientes por autorización, siendo coosalud la empresa que más impacta en este porcentaje. se adjuntan soportes de radicación ante las eps en los tiempos reglamentarios	Dado que coosalud es una de las empresas que impactan en los pendientes por radicar por concepto de autorizaciones, se están haciendo conciliaciones con el fin de agilizar el trámite de las autorizaciones pendientes. Con saludvida, se solicitan autorizaciones en forma presencial con el fin de subsanar y radicar la facturación completa evitando devoluciones. se adjunta soportes.
	Recaudo de dinero por terceros generados en la venta de servicios a particulares o por copago.	4	manejo indebido de dineros (caja-facturación). Apropriación para si mismo o para terceros o jineteo del dinero en efectivo recaudado en las cajas por prestación de servicios asistenciales.	revisión de dineros recaudados con las planillas diarias de caja		x	.) auditorias periódicas a los centros de salud - cajas. .) Recolección periódica de los dineros generados en los centros de salud - cajas- por venta de servicios. .) confrontación del reporte de sistemas vs planilla y sobre generado por el cajero del centro de salud.	líder del proceso de facturación. tesorera general de la ese. tercero contratado para el desarrollo del proceso de facturación.	recaudos del día iguales a recaudos registrados en el sistema	1. los liquidadores realizan cierre diario de caja y generan planilla la cual es verificado en la tesorería de la ese. 2. se realizaron verificaciones de los sellos de los centros de salud con el fin de identificar a los responsables de los dineros recaudados.	el área de tesorería de la ese isabu notifica las inconsistencias presentadas en el proceso de recaudo (billetes falsos, faltantes) con el fin de evidenciar y subsanar las causas de los mismos. diariamente se revisa y se lleva control de los centros que envían sobre de recaudos.

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles			acciones				
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
	decepcionar las glosas en el área equivocada y no tener conocimiento de la legislación de las mismas	5	Pérdida económica por la presentación extemporánea de glosas en la prestación de servicios de salud ante los entes contratantes.	Que la respuesta a glosas se atienda a lo normado por ley en cuanto a resolución de glosas u objeciones por prestación de servicios de salud.	x		.) Comunicar a los entes contratantes los sitios únicos de recepción de glosas. .) Información a las áreas de la ese isabu sobre los sitios específicos de recepción de glosas.	* Líder del proceso de facturación. * Tesorera general de la ese. * tercero contratado para el desarrollo del proceso de facturación	1. mínimo una comunicación anual al personal de la ese isabu recordando los sitios de entrega de las glosas por parte de los entes contratante, y presentando la importancia de la recepción. 2. envío de comunicación al ente contratante año 2016 recordando los sitios de entrega de las glosas y objeciones por facturación de la ese.	en el documento que relaciona la facturación radicada a cada una de las entidades responsables de pago registra un párrafo donde se informa la dirección, horarios y correos para la notificación de glosas y/o devoluciones. se anexan soportes.	se evidencia que el tercero contratado en el manejo del proceso de facturación cumple con los envíos y recuerda a las entidades contratantes la dirección de recepción de las glosas. En este momento se evidencia demora en la aceptación de glosas sobre servicios prestados por ppna con la alcaldía de Bucaramanga; sin embargo se está en proceso de conciliación; las facturas se han entregado en los tiempos establecidos, sin embargo por falta de contratación personal especializado en la alcaldía a finales de año 2015 y principios año 2016 está demorado el proceso.
	recepcionar las glosas y no atenderlas en los tiempos estipulados por ley	6	Pérdida económica por la presentación extemporánea de glosas en la prestación de servicios de salud ante los entes contratantes.	que la respuesta a glosas se atienda a lo normado por ley en cuanto a resolución de glosas u objeciones por prestación de servicios de salud.	x		.)Aplicación de la normatividad existente para la atención de glosas u objeciones. .) efectuar auditorias de revisión de tiempos de entrega de respuesta a las glosas u objeciones	líder del proceso de facturación. tercero contratado para el desarrollo del proceso de facturación.	Que mínimo el 85% de las glosas recibidas sean atendidas en los tiempos establecidos por ley.	se da respuesta a las objeciones presentadas por las diferentes entidades responsables de pago dentro de los tiempos establecidos, cumpliendo con la normatividad vigente artículo 57 ley 1438/2011 y anexo técnico no. 6 resolución 3047/2008	A pesar de la gestión de glosa que efectúa la firma encargada del manejo del proceso de facturación y glosas, existen glosas pendientes de definir con gran peso económico, en especial de pyp, para el caso coosalud y asmet salud; en la actualidad se están reiniciando procesos de conciliación con las gerencias para apoyar aún mas esta definición.

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles		acciones					
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Gestión de la Información	Control del inventario de las partes de los computadores pertenecientes a la ese isabu en el hospital del norte.	1	Extracción o cambio sin autorización del hardware (partes) en los equipos de cómputo para uso inadecuado como hurto, favores o lucro personal.	Mediante la administración de la mesa de ayuda , realizar el control del inventario de las partes que se instalan o desinstalan en los computadores .	x		segunda auditoría de seguimiento al software de la mesa de ayuda	ingeniero de infraestructura informática	inventario encontrado en auditoría / inventario existente	Se verificó a través de la mesa de ayuda que no se hubiera modificado el hardware en ningún equipo del Hospital Local del Norte (se adjunta pdf) y se validó que no se hubieran manipulado los equipos de computo en los centros de salud, realizando visita y revisandolos uno a uno.	Revision Hardware (se adjunta pdf)
Gestión de la Calidad	1. desconocimiento por parte de las autoridades de procesos de sus actividades frente al meci	1	incumplimiento a las actividades planteadas del modelo estándar de control interno meci	plan de capacitaciones	x		1. auditar que se haya socializado proceso con los participantes en el mismo.	equipo de calidad y auditoria	procesos auditados / total procesos		No se reporta evidencia de seguimiento para el periodo de Mayo a Agosto de 2016.
	2. falta de seguimiento a los planes de acción del meci	2	incumplimiento a las actividades planteadas del modelo estándar de control interno meci	plan de auditorías oficina calidad	x		2. autoevaluación procesos sobre conocimiento de los mismos por parte de quienes participan en el mismo	equipo de calidad y auditoria	actividad realizada / actividad programada	Se Relizó autoevaluación en 44.4% delos procesos en entrevista personalizada con cada lider. Queda pendiente la autoevaluación del 55,6% de los procesos.	Se entregan documentos escaneados de firmas con los lideres de procesos visitados para la evaluación.
				comité de calidad y control interno		x	verificar cumplimiento elaboración planes de acción x proceso sobre actividades meci	equipo de calidad y auditoria	actividad realizada / actividad programada		Las evidencias entregadas no corresponden.
Recuperación de la Salud	falta de seguimiento a indicadores de oportunidad y rendimiento en consulta externa de medicina general	1	desarrollo de actividades asistenciales sin requisitos mininos de calidad y eficiencia	verificación mensual de los reportes de cada centro de salud de los indicadores presentados por los jefes de zona	x		entrega de informes zonales por parte de los jefes de zona	profesional especializado áreas de la salud	no informes entregados / total de informes programados		No se reporta evidencia de seguimiento para el periodo de Mayo a Agosto de 2016.
	falta de consolidación de informes de producción de servicios y unidades producidas	2	ineficiencia en los servicios médicos ambulatorios de la entidad	consolidación trimestral de informe de producción y cálculo de unidades producidas de eficiencia hospitalaria	x		elaboración de formato trimestral de consolidación de producción total de la entidad	subdirección científica	no informes presentados / total de informes programados		No se reporta evidencia de seguimiento para el periodo de Mayo a Agosto de 2016.

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles			acciones				
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Apoyo Diagnostico y Terapeutico	perdida de insumos daño fiscal para la institución mala utilización del tiempo laboral	1	realizar procedimientos sin autorización médica para favorecer a terceros	el registro diario de actividades realizadas debe coincidir con la facturación	x		realizar registro diario de las actividades cargadas liquidadas y realizadas	cada profesional y coordinador de área	no. de actividades diarias realizadas/no. de actividades diarias facturas		No se reporta evidencia de seguimiento para el periodo de Mayo a Agosto de 2016.
	Proveedor de medicamentos cambiar medicamentos al isabu cuando falten tres (3 meses) para su vencimiento.	2	falta en pliegos de licitación o procesos contractuales para compra de medicamentos, exigir una carta de compromiso para cambio de estos medicamentos , cuando falte tres meses para su vencimiento y no hallan rotado.	cada vez que se reciba una sustancia de vigencia año vigente, se debe presentar por el proveedor la carta de compromiso de cambio del medicamento cuando faltan los 3 meses para vencimiento.	x		realizar seguimiento y control al mes de agosto de los medicamentos cambiados por el proveedor, de acuerdo a las cartas de compromiso emitidas.	almacén gral y farmacias institucionales.	numero de cartas emitidas en el periodo vs. Numero de medicamentos cambiados.		No se reporta evidencia de seguimiento para el periodo de Mayo a Agosto de 2016.
Financiera	1. inexistencia de control . 2. Empoderamiento del cargo. 3. Desconocimiento de la norma que rige para la elaboración del presupuestos de las ese. 4. falta de control por quienes hacen parte de la contratación y recaudo de la ese de los servicios prestados.	1	inadecuado manejo en la ejecución presupuestal	acta de conciliación	x		conciliación entre tesorería, contabilidad y presupuesto	contador, tesorería y presupuesto.	conciliaciones realizadas	se realizó conciliaciones entre presupuesto - tesorería con los diferentes módulos del sistema financiero en: ingresos, cuentas por cobrar, inventario, activos fijos, caja con corte a junio de 2016 (las actas con corte a julio se encuentran en proceso de firmas, y las actas con corte a agosto no se han realizado ya que no se ha cerrado mes) con el fin de comparar los saldos	se anexan cd con las diferentes conciliaciones con corte a junio de 2016
				capacitaciones periódicas cuatrimestrales	x		Actualización contable, financiera y presupuestal, capacitación sobre normatividad presupuestal.	contador, tesorería y presupuesto.	actas, asistencia a la capacitación y/o certificados.	durante el segundo cuatrimestre del año 2016, no se realizó capacitación alguna	No se reporta evidencia de seguimiento para el periodo de Mayo a Agosto de 2016.

identificación						seguimiento					
proceso	causas	riesgo		controles			acciones				
		no.	descripción	descripción	preve ntivo	correc tivo	ago-31	responsable	indicador	Observaciones por el líder del proceso	seguimiento A agosto 31 de 2016
Gestió	1. inexistencia de control. 2. empoderamiento en el cargo de una sola persona. 3. por orden expresa de los superiores en la inversión de los recursos.	2	inadecuado manejo en los excedentes de tesorería y pagos a terceros	acta de conciliación	x		conciliación mensual de las cuentas corrientes y de ahorro que maneje la institución	contador y tesorera	conciliaciones mensuales realizadas	se realizó conciliación de lo registrado en libros con las diferentes extractos de cuentas bancarias de abril a julio de 2016 con los diferentes bancos en donde la entidad deposita los recursos financieros. (la conciliación de agosto no se ha realizado puesto que no se ha cerrado mes)	se anexa cd con las diferentes conciliaciones bancarias con corte a julio de 2016
	1. dificultades en el flujo interno de la información de los hechos económicos que se presenten. 2. falta de capacidad técnica del funcionario para el registro de las transacciones.	3	alteración en la elaboración de los estados financieros	auditorías periódicas cuatrimestrales	x		una auditoria al sistema financiero, que permita evaluar la integración del software.	Contador.	Informe de auditoría realizada cuatrimestralmente.	Constantemente se realiza seguimiento en coordinación con el ingeniero encargado del sistema cnt en cuanto a la trazabilidad de los diferentes procesos que afectan a la contabilidad cuando se detecta una diferencia entre las conciliaciones. realizando el reporte a cnt para su verificación de sistema	Seguimiento paralelo con las conciliaciones. Reportes a cnt módulo de los diferentes módulos.