

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION ABRIL 2018

Entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BARRANCABERMEJA

Misión: Somos la única Empresa Social del Estado de baja complejidad ubicada en la ciudad de Barrancabermeja, con influencia en la región del magdalena medio, donde prestamos los mejores servicios de salud de primer nivel habilitado, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, ofreciendo los servicios de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a nuestros usuarios con calidad, seguridad, humanización, oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

MAPA DE PROCESO		IDENTIFICACIÓN			ANÁLISIS	MEDIDAS DE MITIGACION		SEGUIMIENTO				SEGUIMIENTO			
TIPO DE PROCESO	PROCESO	Causas	Riesgo		Probabilidad de Materialización	VALORIZACION	Administración del Riesgo	Acciones	Responsable	Indicador	Resultados indicador				
			No.	Descripción		Tipo de Control									
ESTRATEGICOS	GERENCIA	Falta de Planeación Desconocimiento Manejo Politico Ausencia de cultura administrativa	1	Ausencia de canales de Información	Posible	Preventivo	Evitar	Se Socializa permanentemente y a través de informes de gestión y rendición de cuentas las acciones desempeñadas como mecanismo de información que propenda la transparencia administrativa.	Alta Gerencia	Numero de hallazgos de auditorias	se presentaron 4 hallazgos por la Contraloría auditoría Vigencia 2016 pero no relacionados con estos riesgos; sin embargo, se realizó con corte 30 de junio de 2017 seguimiento a Planes de mejoramiento con un cumplimiento aproximado del 20%	Se presentaron cuatro (4) hallazgos por parte de la Contraloría Municipal para la vigencia 2017, no relacionados con los riesgos anteriormente anunciados. Se realizó a corte de 30 de diciembre de 2017 con un avance del 90%			
			2	Extralimitación de funciones				Se actúa con objetividad y profesionalismo en el ejercicio propio del cargo.					Numero de hallazgo de los diferentes entes de control		
			3	Concentración de autoridad o favorecimiento a personas				Manejo adecuado de la información. Ser garante en los procesos de selección de personal.					Numero de hallazgos de auditorias		
			4	Desconocimiento de la normatividad				Se realizó actividad de valores institucionales					Numero de hallazgos de auditorias		
	PLANEACION	Desconocimiento de la documentación de apoyo para la elaboración del plan. Nuevas directrices de la nueva administración Estudios previos sin revisión y estandarización de controles Falta de inducción y capacitación en los procesos institucionales	1	Fallas en la elaboración del plan de desarrollo institucional	Posible	Preventivo	Reducir	Seguimiento y control al plan estratégico	Jefe Asesor de Planeacion	% de cumplimiento al plan de desarrollo institucional	De acuerdo a seguimiento realizado por el Jefe de la Oficina de Planeación el cumplimiento es del 95%, a corte 30 de junio de 2017; de acuerdo al seguimiento de la Oficina de Control Interno es del 89%	De acuerdo al seguimiento realizado al plan de desarrollo institucional el cumplimiento es del 91% a corte de 30 de diciembre de 2017			
			2	Incumplimiento del plan de desarrollo institucional											
			3	Inoportunidad en la presentación de proyectos de inversión		Correctivo	Evitar	Definición de controles en la etapa de planeación con la estandarización de formato de estudios previos (producto, indicador, análisis económico, proyecto de inversión, meta del Plan estratégico, revisión de área de planeación y concepto de oficina de contratación respecto a modalidad de contratación).		% en la gestión de proyectos	Los proyectos de inversión son concertados con la Alcaldía Municipal, se concluyó 1era etapa CSCC Danubio e inició la segunda fase. Se está trabajando para el proyecto de dotación con el ente central y la Secretaría departamental de Santander	Se espera para el mes de julio de 2018 la terminación de la sala de partos y hospitalización como la última etapa del proyecto de inversión "Ampliación y Remodelación del Centro de Salud El Danubio del Municipio de Barrancabermeja". El proyecto de "Dotación de Equipo Biomédicos para los Centros de Salud", ya se le adjudicó el contrato a Ingeniería y Arquitectura Hospitalaria SAS.			
			4	Fallas en la implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad		Preventivo	Evitar	Seguimiento a las metas establecidas para evitar desviaciones		% de implementación del SGC	Se cumple con el SOGC por ser entidad de salud, el SGC no .	Se cumple con el SOGC por ser entidad de salud, el SGC no .			
	ADMINISTRATIVO	Desconocimiento del estatuto orgánico del presupuesto y demás normas aplicables y errores en el aplicativo del presupuesto. Desconocimiento de la norma. Mal manejo contable, presupuestal y financiero.	1	Desconocimiento de la normatividad y del manejo presupuestal	Posible	Preventivo	Evitar	Hay un responsable único del presupuesto quien tiene experiencia en el mismo	Subgerencia Administrativa	No. De hallazgos realizados por ente de control	No se presentó ningún hallazgo	La ESE en la vigencia 2017 en materia presupuestal no contó con el plan de mejoramiento dado al buen manejo que presentó en la programación, elaboración, presentación, aprobación, modificación y ejecución del presupuesto.			
			2	Manejo inapropiado del presupuesto y contabilidad	Posible	Preventivo	Evitar	Se ejecuta el presupuesto con revisión del jefe financiero y subdirección administrativa y financiera					Presupuesto de gastos ejecutados/Total de gastos de la vigencia * 100	17.850.045.532/35.281.423.335=50%, esto incluye inversión y funcionamiento. Si tomamos solo funcionamiento sería: 11.180.237.502/14.452.980.253*100=78%, se hace necesario realizar acciones para continuar incrementando el presupuesto (convenios con la Alcaldía) y austeridad en el gasto	15.942.899.771/25.938.965.965=61.5% (con corte a 30 de abril) esto solo corresponde a gastos de funcionamiento. Se hace necesario realizar acciones para incrementar el presupuesto y austeridad en el gasto
			3	Inclusión de gastos no autorizados	Posible	Preventivo	Evitar	Establecer mecanismos de seguimiento a los gastos autorizados mediante formatos que permitan relacionar cada uno de estos, a través de un consecutivo.					Número de gastos autorizados/ Número de gastos realizados	Todos los gastos son autorizados por el gerente y subdirección administrativa y financiera	
	CONTABILIDAD	Desagregación de la captura de la información de proveedores. Demora en la entrega de la información contable.	1	Información contable con vacío de información. No se causan en las fechas de la emisión de los soportes.	Casi seguro	Correctivo	Evitar	Realizar manual de procesos y procedimientos contables para legalización y registro oportuno de la información.	Contador	Documento realizado	Se tiene manual de políticas contables, el área de recursos humanos debe fortalecer la aplicación de estas políticas. Además se les recuerda al personal involucrado por medio de circulares informativas				

CARTERA	Falta información para identificación de consignaciones de parte de la ESEB	1	No conocer con certeza las facturas pagadas por las EPS	Casi seguro	Correctivo	Reducir	Se realizan conciliaciones, se aplica normatividad vigente	Cartera	Valor total de consignaciones sin identificar del No. de facturas abonadas/ Valor total de consignaciones identificadas del No. De Facturas abonadas	\$3.288.932,201/\$10.513.769.141,65*100=0.031% con corte 31 de agosto, con una disminución del 2% en comparación con el periodo anterior informado.	0,048 % con corte a 30 de abril de 2018	
	Desconocimiento Edades de la cartera	2	Aumento del gasto por provisión de deudores				La provisión se realiza de acuerdo a la normatividad vigente		Cartera	Cartera de 360 días del trimestre anterior -cartera de 360 días del trimestre actual	24.931.474.291/27.763.694.940*100=89 el recuado es del 89% en promedio de los meses de enero a agosto de 2017	3.497.209.445 - 5.307.973.317 *100=2.694.980.810 aumento la cartera en un 36% debido a la facturación del contrato de Ecopetrol, ya que ellos cancelan la factura a 30 días después de de radicada la misma
	Glosas sin conciliar	3	No liquidación de contratos				Saludvida: se firmo acta de liquidación N°2017093032 de la vigencia 2015 a marzo de 2017; EmDisalud: se realizo acuerdo de pago numero 015 de 2018 para la vigencia 2017; AsmetSalud: se firmo cesión de crédito con el Departamento y se tiene acta de conciliación de cartera con corte a 31 de marzo de 2018; Nueva EPS: se realizo conciliación el 6 de junio de 2018 y se crea el compromiso de enviar por parte de la EPS la acta de liquidación de la vigencia 2017; Comparta: se realizo conciliación de glosas y		Auditor Medico Profesional Universitario en Cartera	Total glosado/Valor Facturado*100	25.600.168 / 8.852.025.128 *100= 0.3% a corte de 30 de abril del presente año	
	Glosas	4	Aumento de glosas				Ha habido aumento de glosas por incumplimiento de metas PYP y mayor valor facturado.		Subdirector Científico Auditor Medico Profesional Especializado en PYP Profesional Especializado en Servicios Ambulatorios	Total glosado/Valor Facturado*100	25.600.168 / 8.852.025.128 *100= 0.3% a corte de 30 de abril del presente año	
COSTOS	Captura de la información manual con posibilidades de ser subjetiva	1	Toma de decisiones erradas por valorización inadecuada de costos	Casi seguro	Correctivo	Evitar	se realiza analisis de costo a traves de excel	Costos	N.A	Sigue llevandose costos en excel	Sigue llevandose costos en excel	
FACTURACION	Falta de autocontrol en la nefacturación del servicio prestado y control del personal operativo para el cobro de cuotas moderadora y copagos	1	Inadecuado cobro de servicio de salud de parte del personal operativo	Casi seguro	Correctivo	Evitar	se realiza seguimiento e informe mensual por parte de los supervisores del contrato de facturación	Financiera	Auditorias realizadas	En el mes de junio de 2017 se cambio de software, se disminuyeron los errores.	Se realizan auditorias periódicas y controles a traves del aplicativo	
		2	perdida del ingreso por prestación de servicios									
GESTION DE INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE FISICO	Falta de Elementos de Protección Individual.	1	Presentación de accidentes de trabajo.	Casi seguro	Preventivo	Reducir	Se Verifica la adquisición de Elementos de Protección Individual, para la vigencia 2017 y 2018 no se ha realizado contrato	Técnico Salud Ocupacional	% de Elementos de Protección Individual entregados	El Personal se encuentra con elementos de proteccion, se debe fortalecer a fin de que el riesgo no se concrete para su ejercicio, aunque a la fecha se requiere reposición de los mismos	El personal actualmente cuenta con los elementos de protección personal básicos para su ejercicio, aunque a la fecha se requiere reposición de los mismos	
	Elementos de protección individual que no cumplen requisitos de calidad y seguridad.	2	Presentación de accidentes de trabajo.				se realiza seguimiento a las condiciones de calidad y seguridad de los Elementos de Protección Individual.		% de Elementos de Protección Individual adecuados	Se cuenta con una matriz, se realiza verificación de parte del funcionario encargado	Se cuenta con un procedimiento para " La administración de elementos de protección personal" y su respectiva matriz. Se realiza la verificación de los elementos de protección personal de acuerdo a los requerimientos que se contemplan en la matriz mencionada anteriormente por parte del funcionario encargado del area .	
	Empresa contratista del servicio especial de aseo sin licencia ambiental vigente y legalizada.	3	Demanda por la autoridad ambiental competente.				se realiza seguimiento a la legalidad de la licencia del contratista		% de demandas ambientales recepcionadas	a la fecha no se encuentra demanda alguna, se tiene licencia	A la fecha no se encuentra demanda alguna, se tiene licencia	
	No afiliación y cotización de riesgos laborales por parte de la empresa.	4	No cobertura por el sistema general de riesgos laborales				se hace seguimiento a la cotización de los trabajadores a la ARL.		% de trabajadores afiliados al Sistema de Riesgos Laborales	100% de los trabajadores se encuentran afiliados a ARL	100% de los trabajadores se encuentran afiliados a ARL	
	No se realiza el proceso de verificación de documentos y certificaciones de la hoja de vida del Funcionario que va a ingresar a la Empresa.	1	Nombramiento de Personas que no cumplan con el perfil para el cargo	Casi seguro	Preventivo	Reducir	Realizar el proceso de selección del personal con base en el manual de funciones y competencias laborales		No. De personas sin requisitos/No. Total de Nombramientos	se verifican el lleno de requisitos con aval del asesor jurídico.	se verifican el lleno de requisitos con aval del asesor jurídico. A la fecha no se han presentado casos relacionados con lo anterior .	
	No se realiza la verificación del listado de elegibles y no se solicita la autorización de nombramientos a la CNSC	2	Nombramiento de Personas que no aparecen en las listas de elegibles y que no han sido autorizados por la CNSC				Se realiza el nombramiento adecuado de las personas que unicamente estan relacionadas en las listas de elegibles y autorizadas por la CNSC		N°. De personas relacionadas en la lista de elegibles / Total de nombramientos	se verifican el lleno de requisitos con aval del asesor jurídico.	se verifican el lleno de requisitos con aval del asesor jurídico. A la fecha no se han presentado casos relacionados con lo anterior .	
	Errores por falta de herramientas necesarias para realizar los pagos del personal y poca de verificación al momento de la elaboración y liquidación de la nómina	3	Errores en la elaboración y generación de pagos al personal				Se hace revisar de un tercero (auxiliar de talento humano con V"B" del subdirector administrativo y financiero, el area financiera) para disminuir errores		Numero de reclamos de nómina	No se presentó ningún reclamo referente a este tema	No se presentó ningún reclamo referente a este tema	
	Descuidos por falta de verificación al momento de realizar las solicitudes de Disponibilidades de los pagos.	4	Errores en la elaboración de las Disponibilidades de los pagos que se le realizan al personal.				Se hace necesario la revision por parte del area financiera y contable de la Entidad.		Numero de correcciones en la disponibilidad	Los errores presentados fueron corregidos	No se presentaron errores	
	Descuidos y falta de verificación al momento de elaborar y liquidar la Seguridad Social	5	Errores en la liquidación y pago de la Seguridad del Personal				Mayor verificación al momento de liquidar la Seguridad Social y verificación por diferentes instancias (jefe de recurso humano y el area contable)		Numero de inconsistencias en la Seguridad Social	no se presentaron errores en la seguridad social	No se presentaron errores en la seguridad social	

	GESTIÓN HUMANA	Descuidos en los tiempos al momento de realizar las afiliaciones y Desafiliaciones en la Seguridad Social del personal que Ingresa a la Empresa	6	Afiliaciones y Desvinculaciones tardías al Sistema de Seguridad Social	Posible	Preventivo	Evitar	se realiza las afiliaciones y desafiliaciones inmediatamente apenas el personal ingrese o se retire de la Empresa	Profesional Especializado en Recurso Humano	Numero de inconsistencias entre la fecha de ingreso y retiro/afiliación y desafiliación a la seguridad social	no se presentaron errores en la seguridad social	No se presentaron errores en la seguridad social
		Incumplimiento en el proceso de Evaluaciones de Desempeño	7	No se realiza las evaluaciones de desempeño en los tiempos, terminos y condiciones establecidas			Evitar	Los jefes de los Procesos que realizan las Evaluaciones de Desempeño esten capacitados y enterados de las normas legales que requieren las evaluaciones		Numero de inconsistencias en las fechas de Evaluaciones	las evaluaciones de desempeño fueron realizadas en las fechas correspondientes con limite 15 de febrero de 2017. Se insiste al area de recurso humano la aplicación del acuerdo 565 de 2016 de la CNSC	Las evaluaciones de desempeño fueron realizadas en las fechas correspondientes con limite 15 de febrero de 2018.
		No se realiza la verificación necesaria a los documentos de solicitud de Retiro de Cesantías	8	Autorización de retiro de cesantías cuando no cumple con los requisitos documentales para realizarlo			Evitar	Comité de Cesantías se reúne de manera eventual según las solicitudes que existan de retiro de cesantías, lo anterior para mayor control y verificación.		Solicitudes de retiro de cesantías autorizados soportados mediante actas de comité	El comité de cesantías se reunió y aprobó todas las solicitudes realizadas.	El comité de cesantías se reunió y aprobó todas las solicitudes realizadas.
		Descuidos y falta de verificación al momento de realizar las certificaciones	9	Entrega de certificaciones con información incorrecta			Evitar	Mayor verificación al momento de diligenciar las certificaciones		Numero de devoluciones y errores en las certificaciones/ numero total de certificaciones expedidas	se verifica las certificaciones antes de expedirlas	se verifica las certificaciones antes de expedirlas
		Omisión del proceso de inducción al personal nuevo que ingresa a la Entidad	10	No se realiza la inducción al personal que ingresa Nuevo a la entidad			Evitar	se hace necesario realizar plan de inducción y darle cumplimiento al mismo		Numero de formatos diligenciados /Numero total de nombramientos realizados durante la vigencia	Se realiza induccion al personal nuevo, se cosntata con certificación por cada uno de los procesos involucrados en el proceso.	Se verifica los formatos diligenciados del proceso de inducción.
		Recursos limitados para el desarrollo de los programas establecidos.	11	Desarrollo limitado de capacitaciones que impide el mejoramiento de las competencias del personal.			Evitar	Determinar las actividades o programas prioritarios al inicio de cada año para asegurar la asignación de recursos suficientes para el desarrollo de los mismos.		Numero de programas establecidos/Numero de programas desarrollados	Se verifica plan Institucional de capacitacion	Se verifica el desarrollo y cumplimiento del plan Institucional de capacitacion según prioridades establecidas.
	URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN	Falta control consumo insumos.	1	Presentación de eventos adversos en la prestación del servicio	Posible	Preventivo	Reducir	Realizar actividades de seguimiento al programa de seguridad de pacientes. Elaborar, socializar e implementar guía de reacción inmediata para el manejo del evento adverso. Realizar evaluación de adherencia a guías de manejo.	Profesional Especializado en la seguridad del paciente	% de eventos adversos reportados /Proporcion de eventos gestionados	De acuerdo a seguimiento realizado a Eventos adversos de enero a julio de 2017 no se han presentado eventos adversos, todos los eventos reportados se han calificado como incidentes.	Eventos adversos de enero a abril de 2018 no se han presentado eventos adversos, todos los eventos reportados se han calificado como incidentes.
		Falta de personal facturador en algun turno	2	No cobro de actividades realizadas	Posible	Correctivo	Evitar	Hacer seguimiento en la facturación y el cumplimiento del objeto de la empresa tercerizada	Subcientífica	NA	Se realiza seguimiento mensual y en línea de los procedimientos efectuados por los facturadores	Se realiza seguimiento mensual y en línea de los procedimientos efectuados por los facturadores
		No adherencia a las guías institucionales	3	Inadecuado manejo y diagnostico del paciente	Posible	Correctivo	Reducir	Socialización y evaluación de adherencia a guías de manejo.	Jefe de Enfermería de c/u de los Centros de Salud	% de glosas por diagnosticos no pertinentes / % quejas por este motivo.	en el periodo enero a agosto de 2017 solo se presentaron dos glosas por pertinencia medica	A 30 de marzo de este año se han presentado cuatro (4) glosas por diagnostico de pertinencia médica
		No adherencia a procedimientos de atención del paciente	4	Fallas en la prestación del servicio	Posible	Preventivo	Evitar	Socialización de los procesos y procedimientos del servicio de urgencias y hospitalización.	Subcientífico	% de servidores capacitados / % adherencia a procesos y procedimientos	Se realiza seguimiento a los procesos y procedimiento de los medicos	Se realizaron capacitaciones de reinducción a medicos y enfermeras
	SERVICIOS AMBULATORIOS	Registros de atención Incompletos	1	Alteración de los Registros	Casi seguro	Preventivo	Reducir	Monitorización Proceso Asistencial	Serv. Amb./ Auditoria/ Facturación	Numero de Atenciones con Registro Alterado/ Numero de Atenciones Totales Realizadas	No se presentaron registros alterados	No se presentaron registros alterados
		Selección de personal Operativo	2	No escogencia del perfil adecuado al cargo.	Posible		Eliminar	Protocolo para Incorporación de Personal	Serv. Amb./ Talento Humano	Numero de Fincionarios seleccionados según perfil ocupacional/Total de funcionarios que ingresan en el periodo.	funcionarios seleccionados de acuerdo a la necesidad	funcionarios seleccionados con perfil de acuerdo a la necesidad
		Sistema de Información Integral	3	Ausencia de Software	Casi seguro		Reducir	Adquisición de Software	ID - Gerencia	Presencia o Ausencia de Registro Asistenciales por medio de Software	Se realizaron 3 reuniones con las TIC municipal a fin de continuar con el proceso de implementación del sistema de información, se asistió a reunión con la Oficina asesora Jurídica de la Alcaldía que recomendó llamamiento de garantías al contratista. La ESEB no cuenta con recursos economicos ni presupuestales para la implementación	Se han realizado reuniones con las TIC municipal para reanudar el proceso de implementación de los sistemas de información, inicialmente se pacto realizar una prueba piloto en un solo centro de salud
		Dispersión Geográfica de Centros de Atención	4	Imposibilidad de Seguimiento	Casi seguro		Reducir	Centralización IPS	ID - Gerencia/ Serv. Ambulatorios	Numero de IPS integradas administrativamente a la ESEB/Numero de IPS Adscritas a la ESEB	Aun no se ha implementado el SII	Aun no se ha implementado el SII
		Condiciones de Habilitación	5	Atención Segura	Posible		Eliminar	Cumplimiento Decreto 2003 de 2013	ID- Gerencia	Estandares con Cumplimiento en la Verificación de Condiciones de Habilitación/Numero de Estandares establecidos en la Resolución 2003	Se encuentran todos los servicios habilitados	Se encuentran todos los servicios habilitados
	ODONTOLOGIA	Falta control en el suministro de insumos y medicamentos	1	Uso de insumos para fines no pertinentes y/o establecidos	Posible	Preventivo	Eliminar	se hace control en el despacho de los insumos de parte de coordinación de odotologia	Coordinador de Odontología/Servicios Ambulatorios	Insumos entregados de forma mensual al personal por parte del coordinador de odontología	Se realiza control de insumos mensual de parte del coordinador de odontología	Se realiza control de insumos mensual de parte del coordinador de odontología
		falta de sistema de información que incluya la historia clínica.	2	Sanciones por registro de historia clínicas incompletas, y tachones y enmendaduras.			Evitar	Implementación del sistema de información	Gerencia	Sistemas de información Implementado	Aun no se ha implementado el SII, se realiza auditoria concurrente	Se han realizado reuniones con las TIC municipal para reanudar el proceso de
		No cumplimiento de las guías, normas y protocolos de atención por desconocimiento, negligencia del personal de odontología	3	Atención Segura			Eliminar	se realiza seguimiento a guías a través de auditoria historia clínica	Coordinador de Odontología/Servicios Ambulatorios	seguimiento al personal del area	Se realiza seguimiento constante al personal de odontología	Se realiza seguimiento constante al personal de odontología
MISIONALES	Falta control en el suministro de insumos y medicamentos.	1	Uso de insumos y medicamentos para fines no pertinentes y/o establecidos.	Posible	Preventivo	Evitar	Estandarizar un proceso de control de entrega y gasto verificado con el sistema de información de facturación.		Total de metodos anticonceptivos entregados por consulta externa / Total de metodos anticonceptivos recibidos en farmacia X 100	Se realiza la entrega de acuerdo a lo solicitado por enfermeras de centros de salud de acuerdo al stock, diligencian formato donde se encuentra lo entregado, se sugiere mejorar los controles.	5632/5932*100=94.9 % se tuvo en cuenta el mes de abril y mayo	
	Falta de seguimiento y control por parte de los jefes de proceso en cada uno de los centros de atención. Realización de actividades a usuarios no registrados en las bases de datos de la EPSS contratantes.	2	Actividades realizadas y no facturadas.	Casi seguro	Correctivo	Reducir	Realizar auditoria al proceso de facturación de forma continua y permanente. Retroalimentand o las oportunidades de mejora.		Total de auditorias realizadas / Total de auditorias programadas X 100	Se realiza seguimiento e informe mensual del proceso de facturacion. Hace parte integral de este informe.	Seis (6) auditorias / seis (6) auditorias programadas x 100 = 100%	

	PROMOCION Y PREVENCIÓN	Entrega equivocada del resultado	3	Demandas por error en la entrega del reporte de la citología.	Posible	Preventivo	Evitar	Estandarizar los procedimientos de toma de muestras, lectura y entrega de resultados. Realizar auditorías internas que permitan identificar oportunidades de mejora en los diferentes procedimientos.	Jefe de Promoción y Prevención	Total de casos detectados de entregas de resultados equivocada de reporte citologías / Total de citologías registradas X 100	se realiza auditoría mensual por auditor de promoción y prevención. 40/2.048*100=2%, hubo una disminución de 2.48% en comparación con el periodo de enero a abril de 2017. No se han presentado a corte 31 de agosto de 2017 demandas relacionadas con resultados emitidos por citologías	Se han presentado cero (0%) casos
		Falta o no aplicación de protocolo de contingencia. Falta de planta eléctrica en los centros de salud. No cumplimiento de la red de frío	4	Pérdida de biológicos	Posible	Preventivo	Evitar	Socialización e implementación del protocolo de contingencia, auditoría al cumplimiento de lo establecido en la cadena de frío.		Total de centros de salud con cumplimiento en cadena de frío / Total de centros de salud auditados X 100	de los 8 centros de salud urbanos 6 poseen cadena de frío los otros 2 no se encuentran habilitados para ello; en el área rural se encuentra el CSCC Centro	(7/7) x 100 = 100%
		No cumplimiento de las guías, normas y protocolos de atención por desconocimiento, negligencia del personal médico asistencial y mal diligenciamiento de la historia clínica	5	Demandas por falta o fallas en la atención en los usuarios de la ESE Barrancabermeja	Posible	Preventivo	Evitar	Realizar auditoría de historias clínicas por profesional, retroalimentando las oportunidades de mejora.		Total de auditorías realizadas / Total de auditorías programadas X 100	Se realiza seguimiento al cumplimiento de Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva y guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo, con un resultado de cumplimiento para guía hipertensiva de 90% y CYD de 81% para el segundo trimestre de 2017	Seis (6) auditorías / seis (6) auditorías programadas x 100 = 100%
		falta de sistema de información que incluya la historia clínica.	7	Sanciones por no reporte oportuno y completo de información	Posible	preventivo	Evitar	Implementación del sistema de información		No. De sistemas de información implementado	aun no se ha implementado el SII	Aun no se ha implementado el Sistema de información
	SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU)	Desconocimiento de la norma, desorganización al interior de la entidad en la distribución de las PQR, no entrega oportuna de la respuesta de la PQR por parte del proceso responsable de dar trámite.	1	Incumplimiento de los términos establecidos para atender y dar respuesta a una PQR	Posible	Preventivo	Evitar	Sistema de alarmas preventivas anunciando el vencimiento de términos, realizar seguimiento y llamados preventivos correos electrónicos a los responsables de dar respuesta del vencimiento de términos	Profesional de SIAU	Total de PQR resueltos / Total de PQR recepcionados X 100	Se cumple con este indicador, se entrega informe mensual de parte del PU Trabajador Social	Se cumple con este indicador, se entrega informe mensual de parte del profesional universitario SIAU (trabajador social)
		Incumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos para la oficina del SIAU.	2	Manipulación o demora de los procedimientos de la oficina, omitir o negar, retardar, falsear la orientación o suministro de información a los usuarios que requieran información o servicios de los centros de salud de la ESEB				Cumpliendo con los procedimientos establecidos, capacitación permanente de la misión, visión y políticas de calidad de la institución y campañas de imagen y credibilidad institucional para funcionarios		Funcionarios capacitados durante la vigencia	Durante el segundo trimestre de 2017 se capacitaron 203 colaboradores de la ESEB en lo relacionado a la promoción los valores corporativos a fin de mejorar las actitudes y conductas en el ámbito laboral y en la atención al usuario en aras de fortalecer la humanización del servicio	Durante el primer trimestre de 2018 se capacitaron 215 funcionarios de la ESEB, en lo relacionado con derechos y deberes, trato digno y humanización.
		Por solicitudes de líderes comunales, Representantes de Asociaciones de usuarios o recomendados de otras dependencias de la administración central	3	Favorecer el tráfico de influencias para obtener los servicios de la ESEB sin cumplir los procedimientos establecidos para tal fin. Como por ejemplo asignación de citas, descuentos sin cumplir con el debido proceso de estudio socioeconómico. Etc				Cumpliendo con los procedimientos establecidos, capacitación permanente de la misión, visión y políticas de calidad de la institución y campañas de imagen y credibilidad institucional para usuarios		Total de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas X 100	se realizaron 47 capacitaciones en sala de espera para un total de 832 personas en el segundo trimestre de 2017, en lo relacionado con: trato digno, deberes y derechos	Se realizaron 50 capacitaciones a usuarios en lo relacionado con portafolio de servicios, requisitos para acceder a servicios, derechos y deberes, funcionamiento de servicios de urgencias.
EVALUACION	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Falta de seguridad relacionanda con el acceso a la oficina y a los expedientes	1	Pérdida de los expedientes	Posible	Preventivo	Evitar	Archivador con seguridad	Control Interno Disciplinario - Almacén	Numero de expedientes llevados	La responsable de control Interno disciplinario tiene la custodia de los expedientes	Se abriría un espacio en el archivo general de la Entidad, el cual es manejado en custodia por parte de la secretaria ejecutiva de gerencia.

DIANA MILENA LEON ANTELIZ
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO