

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION ENERO 2019

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, eficiencia, eficacia y efectividad.

MAPA DE PROCESO		IDENTIFICACIÓN			ANÁLISIS	MEDIDAS DE MITIGACION		SEGUIMIENTO				
TIPO DE PROCESO	PROCESO	CAUSAS	RIESGO		Probabilidad de Materialización	VALORIZACION	Administración del Riesgo	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	SEGUIMIENTO	
			No.	DESCRIPCION		Tipo de Control						
ESTRATEGICOS	GERENCIA	Falta de Planeación	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 promueva la transparencia administrativa.	Alta Gerencia	Numero de hallazgos de auditorias	Se presentaron once (11) hallazgos por parte de la Contraloría Municipal en la auditoría especial para la vigencia 2018. Los anteriores riesgos no están relacionados con los riesgos mencionados.	
		Desconocimiento	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		
		Manejo Politico	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		
		Ausencia de cultura administrativa	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.	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 al seguimiento realizado al plan de desarrollo institucional por la oficina de planeación el cumplimiento es del 91% a corte de 31 de diciembre de 2018	
		Nuevas directrices de la nueva administración	2	Incumplimiento del plan de desarrollo institucional								
		Estudios previos sin revisión y estandarización de controles	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	Se espera para el mes de julio de 2019 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
		Falta de inducción y capacitación en los procesos institucionales	4	Fallas en la implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad		Preventivo	Evitar			Seguimiento a las metas establecidas para evitar desviaciones	Jefe de Planeacion, Jefe de Control Interno, Gestion Talento Humano	% de implementación del SGC
	ADMINISTRATIVO	Desconocimiento del estatuto orgánico del presupuesto y demás normas aplicables y errores en el aplicativo del presupuesto.	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	La ESE en la vigencia 2018 en materia presupuestal no contó con el plan de mejoramiento dado al buen manejo que presentó en la programación, elaboración, presentación, aprobación, modificación y	
		Desconocimiento de la norma. Mal manejo contable, presupuestal y financiero.	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	33.967.777.926/34.720.821.233=98% (con corte a 31 de diciembre) esto solo corresponde a gastos de funcionamiento. Se recomienda 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
		Falta información para identificación de consignaciones de parte de la ESEB	1	No conocer con certeza las facturas pagadas por las EPSS				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	0.44 % con corte a 31 de diciembre de 2018	

	CARTERA	Desconocimiento Edades de la cartera	2	Aumento del gasto por provisión de deudores	Casi seguro	Correctivo	Reducir	La provision se realiza de acuerdo a la normatividad vigente	Cartera	Cartera de 360 dias del trimestre anterior - cartera de 360 dias del trimestre actual	590.344.825 - 655.342.547= 64.997.722 aumento la cartera debido a la no conciliacion de glosas oportuna
		Glosas sin conciliar	3	No liquidacion 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	Auditor Medico Profesional Universitario en Cartera	Total glosado/Valor Facturado*100	360.993.273/28.039.724,35 * 100 = 1.29% con corte 31 de diciembre del presente año
		Glosas	4	Aumento de glosas				Ha habido aumento de glosas por incumplimiento de metas PYP y mayor valor facturado.	Subdirector Cientifico Auditor Medico Profesional Especializado en PyP Profesional Especializado en Servicios Ambulatorios	Total glosado/Valor Facturado*100	244.328.017/28.039.724,35 * 100 = 0.87% con corte 31 de diciembre del presente año
	COSTOS	Captura de la información manual con posibilidades de ser subjetiva	1	Toma de decisiones erradas por valoración inadecuada de costos	Casi seguro	Correctivo	Evitar	se realiza analisis de costo a traves de excel	Costos	N.A	Sigue llevandose costos en excel
	FACTURACION	Falta de autocontrol en la no facturación 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	Se realizan auditorias periódicas y controles a traves del aplicativo
			2	perdida del ingreso por prestación de servicios							
	GESTIION DE INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE FISICO	Falta de Elementos de Protección Individual.	1	Presentación de accidentes de trabajo.	Casi seguro	Preventivo	Reducir	Para la vigencia 2018 no se ha realizado contrato de adquisición de Elementos de Protección Individual	Técnico Salud Ocupacional	% de Elementos de Protección Individual entregados	A la fecha, ya se tienen adelantados los tramites
		Elementos de protección individual que no cumplen requisitos de calidad y seguridad.	2	Presentación de accidentes de trabajo.	Casi seguro		Reducir	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 un procedimiento para " La administración de elementos de protección personal" y su respectiva
		Empresa contratista del servicio especial de aseo sin licencia ambiental vigente y legalizada.	3	Demanda por la autoridad ambiental competente.	Posible		Reducir	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
		No afiliación y cotización de riesgos laborales por parte de la empresa.	4	No cobertura por el sistema general de riesgos laborales	Casi seguro		Reducir	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
GESTIÓN HUMANA	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	Posible	Preventivo	Evitar	Realizar el proceso de selección del personal con base en el manual de funciones y competencias laborales	Profesional Especializado en Recurso Humano	No. De personas sin requisitos/No. Total de Nombramientos	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			Evitar	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. A la fecha no se han presentado casos relacionados con lo	
	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 elaboracion y generacion de pagos al personal			Reducir	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	
	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.			Reducir	Se hace necesario la revision por parte del area financiera y contable de la Entidad.		Numero de correcciones en la disponibilidad	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			Reducir	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	
	Descuidos en los tiempos al momento de realizar las afiliaciones y Desafilaciones en la Seguridad Social del personal que Ingresó o se Retira de la Empresa	6	Afiliaciones y Desvinculaciones tardías al Sistema de Seguridad Social			Evitar	se realiza las afiliaciones y desafilaciones inmediatamente apenas el personal ingrese o se retire de la Empresa		Numero de inconsistencias entre la fecha de ingreso y retiro/afiliacion y desafilación a 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 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.	
		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	
		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 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 el desarrollo y cumplimiento del plan Institucional de capacitación según prioridades establecidas.	
MISIONALES	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	No se han presentado	
		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	
		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.	A 31 de diciembre de este año se han presentado tres (3) 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 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	
		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 Funcionarios seleccionados según perfil ocupacional/Total de funcionarios que ingresan en el periodo	Funcionarios seleccionados con perfil de acuerdo a la necesidad	
		Sistema de Información Integral	3	Ausencia de Software	Casi seguro		Reducir	Adquisición de Software	JD - Gerencia	Presencia o Ausencia de Registro Asistenciales por medio de Software	Se encuentran entregando los computadores por parte de las TICS y ESEB en los diferentes centros de salud. Se realizará una prueba piloto en un solo centro de salud para la implementación de los sistemas de información.	
		Dispersión Geográfica de Centros de Atención	4	Imposibilidad de Seguimiento	Casi seguro		Reducir	Centralización IPS	JD - 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	
		Condiciones de Habilitación	5	Atención Segura	Posible		Eliminar	Cumplimiento Decreto 2003 de 2013	JD- 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 hasta el momento y ello es verificado por la Secretaría de Salud Departamental	
	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 odontología	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	
		falta de sistema de información que incluya la historia clínica.	2	Sanciones por registro de historias clínicas incompletas, y tachones y enmendaduras.			Evitar	Implementación del sistema de información	Gerencia	Sistemas de información implementado	Se encuentran entregando los computadores por parte de las TICS y	
		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 auditoría historia clínica	Coordinador de Odontología/Servicios Ambulatorios	seguimiento al personal del área	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 métodos anticonceptivos entregados por consulta externa / Total de métodos anticonceptivos recibidos en farmacia X 100	93% métodos de planificación entregados
			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 auditoría al proceso de facturación de forma continua y permanente. Retroalimentando o las oportunidades de mejora.		Total de auditorías realizadas / Total de auditorías programadas X 100	Cuatro (4) auditorías / Cuatro (4) auditorías 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 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	Perdida 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	(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 Barranca Bermeja	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	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 Sistema Integral de la 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 terminos establecidos para atender y dar respuesta a una PQR	Posible	Preventivo	Evitar	Sistema de alarmas preventivas anunciando el vencimiento de terminos, realizar seguimiento y llamados preventivos correos electronicos a los responsables de dar respuesta del vencimiento de terminos	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 profesional universitario SIAU (trabajador social)
		Incumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos para la oficina del SIAU.	2	Manipulacion o demora de los procedimientos de la oficina, omitir o negar, retardar, falsear la orientacion o suministro de informacion a los usuarios que requieran informacion 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 primer semestre de 2018 se capacitaron 352 funcionarios de la ESEB, en lo relacionado con la humanización en la atención, política de humanización, decálogo del buen trato y calidez en la atención.
		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 155 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 realacionanda con el acceso a la oficina y a los expedientes	1	Perdida de los expedientes	Posible	Preventivo	Evitar	Archivador con seguridad	Control Interno Disciplinario - Almacén	Numero de expedientes llevados	Se abriría un espacio en el archivo general de la Entidad, el cual es manejado en custodia por parte de la secretaría

DIANA MILENA LEON ANTELIZ
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO