

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION ABRIL 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, oportunidad, 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	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 propenda la transparencia administrativa.	Alta Gerencia	Se presentaron sesenta y ocho (68) hallazgos por parte de la Contraloría Municipal en la auditoría regular 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.		
		Manejo Político	3	Concentración de autoridad o favorecimiento a personas				Manejo adecuado de la información. Ser garante en los procesos de selección de personal.		
		Ausencia de cultura administrativa	4	Desconocimiento de la normatividad				Se realizó actividad de valores institucionales		
	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 acuerdo al seguimiento realizado al plan de desarrollo institucional por la oficina de planeación el cumplimiento es del 90.2% 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).		Se espera para el mes de julio de 2019 la terminación de la red eléctrica con toda la normatividad vigente del proyecto "Ampliación y Remodelación del Centro de Salud El Danubio del Municipio de Barrancabermeja", para dar inicio a la
		Falta de inducción y capacitación en los procesos institucionales	4	Fallas en la implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad		Posible	Preventivo	Evitar		Seguimiento a las metas establecidas para evitar desviaciones
	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	La ESEB 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		12.322.659.052/31.732.930.088=39% (con corte a 30 de enero) 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.		Todos los gastos son autorizados por el gerente (ordenador del gasto) 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	Se tiene manual de políticas contables, el área de recursos humanos debe fortalecer la aplicación de estas políticas. Además se
Falta de 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	2.48 % con corte a 30 de abril de 2019	

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION ABRIL 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, oportunidad, 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	SEGUIMIENTO	
			No.	DESCRIPCION		Tipo de Control					
	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	655.342.547 - 1.358.932.227= 703.589.680 aumento la cartera debido a la no conciliación de glosas oportuna	
		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		Auditor Medico Profesional Universitario en Cartera	137.773.434 /6.269.264.828 * 100 = 2.19% con corte 30 de abril 2019
		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	101.767.665 /6.269.264.828 * 100 = 1.62% con corte 30 de abril 2019
	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	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	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	Para la vigencia 2018 no se ha realizado contrato de adquisición de Elementos de Protección Individual	Técnico Salud Ocupacional	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			Se realiza seguimiento a las condiciones de calidad y seguridad de los Elementos de Protección Individual.		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			Se realiza seguimiento a la legalidad de la licencia del contratista		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			se hace seguimiento a la cotización de los trabajadores a la 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			Evitar	Realizar el proceso de selección del personal con base en el manual de funciones y competencias laborales		Se verifican el lleno de requisitos con aval del asesor jurídico. A la fecha no se han presentado casos relacionados con lo anterior. En el presente año se realizaron once (11) nombramientos de	
		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 únicamente están relacionadas en las listas de elegibles y autorizadas por la CNSC		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 elaboración y generación de pagos al personal			Reducir	Se hace revisar de un tercero (auxiliar de talento humano con V°B° del subdirector administrativo y financiero, el área financiera) para disminuir errores		No se presentó ningún reclamo referente a este tema	

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION ABRIL 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, oportunidad, 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	SEGUIMIENTO						
			No.	DESCRIPCION							Tipo de Control					
Gestión Humana	GESTIÓN HUMANA	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.	Posible	Preventivo	Reducir	Se hace necesario la revisión por parte del área financiera y contable de la Entidad.	Profesional Especializado en Recurso Humano	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 área contable)		No se presentaron errores en la seguridad social						
		Descuidos en los tiempos al momento de realizar las afiliaciones y Desafiliaciones en la Seguridad Social del personal que Ingresan o se Retira de la Empresa	6	Afiliaciones y Desvinculaciones tardías al Sistema de Seguridad Social				se realiza las afiliaciones y desafiliaciones inmediatamente apenas el personal ingrese o se retire de la Empresa		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				Los jefes de los Procesos que realizan las Evaluaciones de Desempeño estén capacitados y enterados de las normas legales que requieren las evaluaciones		Las evaluaciones de desempeño fueron realizadas en las fechas correspondientes con límite 15 de febrero de 2019.						
		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				Comité de Cesantías se reúne de manera eventual según las solicitudes que existan de retiro de cesantías, lo anterior para mayor control y verificación.		El comité de cesantías se reunió y aprobó todas las solicitudes realizadas. A corte de 30 de abril se habían realizado doce (12)						
		Descuidos y falta de verificación al momento de realizar las certificaciones	9	Entrega de certificaciones con información incorrecta				Mayor verificación al momento de diligenciar las certificaciones		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				se hace necesario realizar plan de inducción y darle cumplimiento al mismo		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.				Determinar las actividades o programas prioritarios al inicio de cada año para asegurar la asignación de recursos suficientes para el desarrollo de los mismos.		Se verifica el desarrollo y cumplimiento del plan Institucional de capacitación según prioridades establecidas.						
		Urgencia y Hospitalización	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	No se han presentado
				Falta de personal facturador en algún 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	Se realiza seguimiento mensual y en línea de los procedimientos efectuados por los
				No adherencia a las guías institucionales				3		Inadecuado manejo y diagnóstico 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	A 31 de diciembre de este año se han presentado tres (3) glosas por diagnóstico 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	Se realizaron capacitaciones de reinducción a médicos y enfermeras						
SERVICIOS AMBULATORIOS	SERVICIOS AMBULATORIOS		Registros de atención Incompletos	1	Alteración de los Registros	Casi seguro	Preventivo	Reducir	Monitorización Proceso Asistencial	Serv. Amb./ Auditoria/ Facturación	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	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	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.					

CASRRO

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION ABRIL 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, oportunidad, 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	SEGUIMIENTO
			No.	DESCRIPCION		Tipo de Control				
MISIONALES		Dispersión Geográfica de Centros de Atención	4	Imposibilidad de Seguimiento	Casi seguro		Reducir	Centralización IPS	JD - Gerencia/ Serv. Ambulatorios	Aun no se ha implementado el SII
		Condiciones de Habilitación	5	Atención Segura	Posible		Eliminar	Cumplimiento Decreto 2003 de 2013	JD- Gerencia	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	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	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	Se realiza seguimiento constante al personal de odontología
	PROMOCION Y PREVENION	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.	Jefe de Promocion y Prevencion	94.90% metodos 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. Retroalimentand o las oportunidades de mejora.		Seis (6) auditorias / Seis (6) auditorias programadas x 100 = 100%
		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 auditorias internas que permitan identificar oportunidades de mejora en los diferentes procedimientos.		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.		(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.		Seis (6) auditorias / seis (6) auditorias 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		Aun no se ha implementado el Sistema Integral de la Información
		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				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		Se cumple con este indicador, se entrega informe mensual de parte del profesional universitario SIAU (trabajador social)

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION ABRIL 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, oportunidad, 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	SEGUIMIENTO
			No.	DESCRIPCION		Tipo de Control				
	SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU)	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	Posible	Preventivo	Evitar	Cumpliendo con los procedimientos establecidos, capacitación permanente de la misión, vision y políticas de calidad de la institucion y campañas de imagen y credibilidad institucional para funcionarios	Profesional de SIAU	Durante el primer semestre de 2018 se capacitaron 106 funcionarios de la ESEB, en lo relacionado con la humanización en la atención, política de humanización, decalogo 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 administracion 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 asignacion de citas, descuentos sin cumplir con el debido proceso de estudio socioeconomico. Etc				Cumpliendo con los procedimientos establecidos, capacitación permanente de la misión, vision y políticas de calidad de la institucion y campañas de imagen y credibilidad institucional para usuarios		Se realizaron 932 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 - Almacen	Se abriría un espacio en el archivo general de la Entidad , el cual es manejado en custodia por parte de la secretaria

DIANA MILENA LEON ANTELIZ
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO