

**SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION AGOSTO 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	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 propenda la transparencia administrativa.	Alta Gerencia	Numero de hallazgos de auditorias	Se presentaron cincuenta y tres (53) hallazgos por parte de la Contraloría Municipal de Barrancabermeja en la auditoria modalidad regular para la vigencia 2018; De los anteriores fueron ejecutadas en un 98,1% presentando una gestión favorable. Y en la auditoria realizada por la Contraloría Municipal modalidad especial para la vigencia 2019 se presentaron once (11) hallazgos. Los anteriores riesgos no están relacionados con los mencionados en la descripción .		
		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 Político	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 30 de junio de 2019		
		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								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
		Falta de inducción y capacitación en los procesos institucionales	4	Fallas en la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad								Seguimiento a las metas establecidas para evitar desviaciones	Jefe de Planeacion, Jefe de Control Interno, Gestion Talento Humano
	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	Hau un responsable unico del presupuesto quien tiene experiencia en el mismo	Subgerencia Administrativa	No. De hallazgos realizados por ente de control	En auditoria modalidad especial realizada por la Contraloría Municipal de Barrancabermeja para la vigencia 2019 en la ESEB, no se encontraron hallazgos en materia presupuestal dado al buen		
		Desconocimiento de la norma. Mal manejo contable, presupuestal y financiero.	2	Manejo inapropiado del presupuesto y contabilidad								Se ejecuta el presupuesto con revisión del jefe financiero y subdirección administrativa y financiera	18.328.805.657/32.722.930.088= 56% (con corte a 30 de agosto de 2.019) esto solo corresponde a gastos de funcionamiento. Se recomienda austeridad en el gasto.
			3	Inclusión de gastos no autorizados								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

**SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION AGOSTO 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	INDICADOR	SEGUIMIENTO
			No.	DESCRIPCION		Tipo de Control					
	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 a todo el personal involucrado por medio de circulares informativas realizadas por la profesional especializada del área financiera.
	CARTERA	Falta información para identificación de consignaciones de parte de la ESEB	1	No conocer con certeza las facturas pagadas por las EPSS	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	197.294.433,17/13.934.112.439= 1,4% con corte a 30 de agosto de 2019
		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	1.651.187.722,17 - 1.493.395.846,76= 157.791.875,41 disminuyó la cartera debido a la conciliación de glosas
		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 realizó acuerdo de pago número 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 realizó 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 realizó	Auditor Medico Profesional Universitario en Cartera	Total glosado/Valor Facturado*100	185.204.188,50 /13.270.200.059*100 = 1.39% con corte 30 de agosto 2019
		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	185.204.188,50 /13.270.200.059*100 = 1.39% con corte 30 de agosto 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	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	Auditorías realizadas	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	% de Elementos de Protección Individual entregados	A la fecha se han entregado el 43.32% de los elementos de protección personal
			2	Presentación de accidentes de trabajo.	Casi seguro			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
			3	Demanda por la autoridad ambiental competente.	Posible			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
			4	No afiliación y cotización de riesgos laborales por parte de la empresa.	Casi seguro			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

**SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION AGOSTO 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	INDICADOR	SEGUIMIENTO				
			No.	DESCRIPCION		Tipo de Control										
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.	No se realiza la verificación del listado de elegibles y no se solicita la autorización de nombramientos a la CNSC	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. En el presente año se realizaron once (11) nombramientos de profesionales rurales.				
			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	Nº. 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 anterior .
			3	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									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	Numero de reclamos de nómina	No se presentó ningún reclamo referente a este tema
			4	Descuidos por falta de verificación al momento de realizar las solicitudes de Disponibilidades de los pagos.									Reducir	Se hace necesario la revision por parte del área financiera y contable de la Entidad.	Numero de correcciones en la disponibilidad	No se presentaron errores
			5	Descuidos y falta de verificación al momento de elaborar y liquidar la Seguridad Social									Reducir	Mayor verificación al momento de liquidar la Seguridad Social y verificación por diferentes instancias (jefe de recurso humano y el área contable)	Numero de inconsistencias en la Seguridad Social	No se presentaron errores en la seguridad social
			6	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									Evitar	se realiza las afiliaciones y desafiliaciones inmediatamente apenas el personal ingrese o se retire de la Empresa	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
			7	Incumplimiento en el proceso de Evaluaciones de Desempeño									Evitar	Los Jefes de los Procesos que realizan las Evaluaciones de Desempeño estén 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 2019.
			8	No se realiza la verificación necesaria a los documentos de solicitud de Retiro de Cesantías									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. A corte de 30 de agosto de 2019 se han realizado diecisiete (17) reuniones.
			9	Descuidos y falta de verificación al momento de realizar las certificaciones									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
			10	Omisión del proceso de inducción al personal nuevo que ingresa 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.
			11	Recursos limitados para el desarrollo de los programas establecidos.									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, a la fecha lleva un avance del 60%
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	Se han presentado cuatro (4) casos de eventos adversos durante el presente cuatrimestre del año				
													2	No cobro de actividades realizadas	Posible	Correctivo

**SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION AGOSTO 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	INDICADOR	SEGUIMIENTO
					No.		DESCRIPCION					
MISIONALES		No adherencia a las guías institucionales	3	Inadecuado manejo y diagnostico del paciente	Possible	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 30 de agosto de 2019 se han presentado cinco (5) glosas por diagnostico de pertinencia médica	
		No adherencia a procedimientos de atención del paciente	4	Fallas en la prestación del servicio	Possible	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 médicos 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.	Possible		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 realizó una prueba piloto en el centro de salud Castillo, en los módulos de creación de usuarios, agenda de citas e historia clínica por medicina general, dando como resultado el diligenciamiento de 27 historias clínicas con sus respectivos soportes (formularios médicos y ordenes de laboratorios).	
		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	Possible		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	
		Falta control en el suministro de insumos y medicamentos	1	Uso de insumos para fines no pertinentes y/o establecidos	Possible		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	
	ODONTOLOGIA	Falta de sistema de información que incluya la historia clínica.	2	Sanciones por registro de historia clínicas incompletas, y tachones y enmendaduras.	Possible	Preventivo	Evitar	Implementación del sistema de información	Gerencia	Sistemas de información Implementado	Se realizó una prueba piloto en el centro de salud Castillo, en los módulos de creación de usuarios, agenda de citas e historia clínica por medicina general, dando como resultado el diligenciamiento	
		No cumplimiento de las guías, normas y protocolos de atención por desconocimiento, negligencia del personal de odontología	3	Atención Segura	Possible	Preventivo	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	
		Falta control en el suministro de insumos y medicamentos.	1	Uso de insumos y medicamentos para fines no pertinentes y/o establecidos.	Possible	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	95% 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 las oportunidades de mejora.		Total de auditorías realizadas / Total de auditorías programadas X 100	Cinco (5) auditorías / Seis (6) auditorías programadas x 100 = 83,3%	
		Entrega equivocada del resultado	3	Demandas por error en la entrega del reporte de la citología.	Possible	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.		Total de casos detectados de entregas de resultados equivocada de reporte citologías / Total de citologías registradas X 100	Se han presentado cero (0%) casos	

**SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO ANTICORRUPCION AGOSTO 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		ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	SEGUIMIENTO
			No.	DESCRIPCION		Tipo de Control	Administración del Riesgo				
	PROMOCION Y PREVENCIÓN	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.	Jefe de Promoción y Prevención	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 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	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	Se realizó una prueba piloto en el centro de salud Castillo, en los módulos de creación de usuarios, agenda de citas e historia clínica por medicina general, dando como resultado el diligenciamiento de 27 historias clínicas con sus respectivos soportes (formularios médicos y ordenes de laboratorios).
	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				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 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	Posible	Preventivo	Evitar	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	A corte de 30 de agosto de 2019 se capacitaron 181 funcionarios de la ESEB, en lo relacionado con la humanización, 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 1.853 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 relacionada 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

DIANA MILENA LEON ANTELIZ  
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO