



**HOSPITAL REGIONAL**  
DE II NIVEL DE **SAN MARCOS ESE**

# PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2023

**FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE**

Gerente ( e )  
16/01/2023

Basado en la Guía para la Gestión de Riesgo de Corrupción (2018) del Departamento Administrativo para la Función Pública –DAFP, y en las Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano Versión 2 del DAFP



La salud  
es de todos

Minsalud



## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	3
OBJETIVO.....	3
ALCANCE .....	3
MARCO NORMATIVO .....	4
GENERALIDADES INSTITUCIONALES .....	6
1. Misión Institucional .....	6
2. Visión Institucional.....	6
3. Objetivos Estratégicos.....	6
4. Principios Corporativos .....	6
5. Valores Corporativos.....	7
COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	7
GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN .....	8
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.....	8
RENDICIÓN DE CUENTAS.....	9
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO .....	9
MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN .....	10
COMPONENTE ADICIONAL.....	10
ANEXO 1. MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	11
ANEXO 2. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN .....	13
ANEXO 3. MATRIZ ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES .....	19
ANEXO 4. MATRIZ ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS.....	20
CRONOGRAMA RENDICIÓN DE CUENTAS .....	41
ANEXO 5. MATRIZ ESTRATEGIA ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	42
ANEXO 6. MATRIZ ESTRATEGIA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.....	44
ANEXO 7. MATRIZ ESTRATEGIA COMPONENTE ADICIONAL.....	46

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Regional de II nivel de San Marcos ESE, en su compromiso por generar espacios de transparencia que garanticen la participación ciudadana, el acceso a la información, la lucha contra la corrupción, el fortalecimiento de la atención al ciudadano, la racionalización de los tramites, la rendición de cuentas, entre otras iniciativas y reiterando además su responsabilidad frente a la garantía en la participación activa de sus grupos de valor en la construcción de las tareas públicas, teniendo en cuenta que el Estado está al servicio de todos; adopta los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Secretaría de Transparencia, dando cumplimiento a la ley 1474 de 2011, ley 1757 de 2015 y ley 1712 de 2014.

Conforme a lo anterior, la institución construye el presente Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2023, el cual contempla seis componentes conforme a lo determinado en la cartilla de estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, en su versión 2, expedida por la Presidencia de la República y la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 4, de Función Pública.

Para la administración de la entidad es importante acercar el Hospital a la comunidad, por lo que pretende con el desarrollo del presente Plan, hacer más amigable la forma como se accede tanto a los servicios como a la información que sea de su interés.

## OBJETIVO

Definir las estrategias institucionales encaminadas a la lucha contra la corrupción en términos de prevención y mitigación de los riesgos de corrupción, facilidad en el acceso a los trámites institucionales y fortalecimiento de los mecanismos de atención a los usuarios y su entorno social.

## ALCANCE

Las medidas, acciones y mecanismos contenidos en el presente Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano tienen aplicabilidad para todos los procesos y subprocesos de la ESE Hospital Regional de II nivel de San Marcos.

## MARCO NORMATIVO

TEMÁTICA	DOCUMENTO	DETALLE
<b>Gestión del Riesgo de Corrupción</b>	Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública
	Decreto 4637 de 2011	Por el cual se suprime el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción. Se crea la Secretaría de Transparencia en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.
	Decreto 1081 de 2015 Único del Sector de la Presidencia de la República	A través de este Decreto se establece la metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
<b>Modelo Integrado de Planeación y Gestión</b>	Decreto 1081 de 2015	Establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión
	Decreto 1083 de 2015	Regula el procedimiento para establecer y modificar los trámites autorizados por la ley y crear las instancias para los mismos efectos.
<b>Trámites</b>	Decreto Ley 019 de 2012	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
	Ley 962 de 2005	Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.

<b>Rendición de cuentas</b>	Ley 1757 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática. Registra que la estrategia de rendición de cuentas hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
<b>Rendición de Cuentas</b>	Manual Único de Rendición de Cuentas, V2, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública	Elementos conceptuales y prácticos para identificar, diseñar y proponer alternativas de acción en la rendición de cuentas de la Rama Ejecutiva y de las otras ramas del poder público
<b>Transparencia y Acceso a la Información</b>	Ley 1712 de 2014	Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones
	Decreto 103 de 2015	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones.
<b>Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias</b>	Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	El Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción debe señalar los estándares que deben cumplir las oficinas de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos de las entidades públicas.
	Ley 1755 de 2015 Derecho fundamental de petición	Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
<b>Modelo estándar de Control Interno (MECI)</b>	Decreto 943 de 2014	Adopta la actualización del MECI
	MECI	
<b>Metodología plan anticorrupción y atención al ciudadano</b>	Ley 2195 de 2022	- Gestión del riesgo de corrupción
	ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN A EL CIUDADANO V.2" expedida por la presidencia de la República.	- Racionalización de trámites
		- Rendición de cuentas
		- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
		- Mecanismos para la transparencia y acceso a la información

## GENERALIDADES INSTITUCIONALES

### 1. Misión Institucional

Prestar servicios de salud con talento humano calificado, buscando el mejoramiento continuo de los procesos, para garantizar de esta manera servicios de calidad a la población de San Jorge, la Mojana y su área de influencia.

### 2. Visión Institucional

Ser un hospital líder, con reconocimiento en la prestación de servicios, financieramente viable, con talento humano calificado, tecnología de punta, orientado a la formación académica e investigativa y encaminado hacia la acreditación en salud, el desarrollo sostenible y el bienestar social de la región.

### 3. Objetivos Estratégicos

1. Garantizar la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad con criterios de calidad.
2. Lograr la viabilidad y sostenibilidad financiera.
3. Adaptar el portafolio de servicios a los retos y necesidades del mercado.
4. Promover y fortalecer la gestión del talento humano.
5. Fomentar la academia y la investigación.

### 4. Principios Corporativos

**EFICACIA:** Lograr los objetivos y metas establecidos por la institución.

**EFICIENCIA:** Alcanzar los objetivos y metas establecidos, mediante el uso del mínimo de recursos necesarios.

**INTEGRIDAD:** Llevar a cabo las labores encomendadas de manera correcta, educada, atenta, proba e intachable.

**TRABAJO EN EQUIPO:** Alcanzar objetivos comunes, con el esfuerzo individual de cada integrante del equipo dentro de una estructura organizativa que favorezca la elaboración conjunta del trabajo y un ambiente de comunicación, armonía y colaboración.

**TRATO DIGNO:** Interactuar con los demás de forma cordial, haciendo énfasis en el honor y dignidad que corresponden a toda persona como derechos inalienables, innatos e inseparables de ella.



**LIDERAZGO:** Influir mediante habilidades propias, en la forma de ser o actuar de las personas o grupo de trabajo para lograr con entusiasmo el alcance de metas y objetivos.

## 5. Valores Corporativos

**RESPECTO:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, se procedencia, títulos o cualquier otra condición.

**HONESTIDAD:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

**COMPROMISO:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

**DILIGENCIA:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

**JUSTICIA:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

## COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Para la elaboración del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2023, el Hospital Regional de II nivel de San Marcos ESE, adopta los lineamientos de la Secretaría de Transparencia y el Departamento Administrativo de la Función Pública y en este sentido se basa en seis componentes que se articulan bajo un solo objetivo que es la promoción de estándares de transparencia y lucha contra la corrupción, los cuales se mencionan a continuación:

- Gestión del riesgo de corrupción.
- Racionalización de trámites.
- Rendición de cuentas.
- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
- Mecanismos para la transparencia y acceso a la información.
- Iniciativas adicionales.

## GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN

Para la ESE Hospital Regional de II nivel de San Marcos el objetivo principal de este componente es identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción tanto a nivel interno como externo en los que tendría algún tipo de control la entidad, con base en lo anterior y teniendo en cuenta la normatividad vigente, (Ley 1474 de 2011 “Estatuto Anticorrupción”; Ley 1712 de 2015 “ Transparencia y acceso a la información pública”; ley 1757 de 2015 “ Promoción y Protección del Derecho a la Participación Democrática” y el Decreto 124 de 2016 “Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano"), la institución se ha propuesto acciones para dar cumplimiento a lo anterior, con el apoyo y compromiso de todas las áreas involucradas. Por lo anterior, se socializará la política de gestión del riesgo, así mismo se implementa la matriz de gestión del riesgo con la cual los líderes de los procesos, con el apoyo de Planeación identifican, analizan y desarrollan los controles a integrar en el mapa de riesgos de corrupción, al cual se le hará seguimiento por parte de la oficina de Planeación o quien haga sus veces y evaluación por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión.

Como adjunto al presente, se incluyen la matriz del componente de gestión del riesgo (Anexo 1) y el mapa de riesgos de corrupción (Anexo 2).

## RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

Dentro de los compromisos adquiridos por el Hospital Regional de II nivel de San Marcos, se encuentra la lucha por racionalizar los trámites, producto de esto se espera que el contacto con la población al momento de intentar acceder a un servicio sea más amigable, es por esto que se han analizado diversas posibilidades para reducir costos asociados al usuario, tiempo de ejecución de los trámites, pasos, entre otros factores, con el fin principal de llegar al paciente de una forma más ágil y menos onerosa.

A continuación, se relacionan los trámites y otros procedimientos administrativos que han sido inscritos por la institución ante el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT):

ÍTEM	TRAMITE	DEPENDENCIA
1	Certificado de Defunción	Subgerencia de Científica
2	Asignación de Cita Para la Prestación de Servicios en Salud	Consulta Externa
3	Atención Inicial de Urgencias	Urgencias



4	Radiología e Imágenes Diagnósticas	Apoyo Diagnóstico
5	Terapia	Apoyo Terapéutico
6	Examen de Laboratorio Clínico	Apoyo Diagnóstico
7	Dispensación de Medicamentos y Dispositivos Médicos	Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
8	Historia Clínica	Gestión Documental
<b>ÍTEM</b>	<b>TRAMITE</b>	<b>DEPENDENCIA</b>
1	Certificado de Paz y Salvo	Facturación

Los trámites incluidos en la estrategia se encuentran en el Anexo 3.

## RENDICIÓN DE CUENTAS

Es de suma importancia para la administración de la entidad, en cabeza del Agente Especial Interventor, así como para la Superintendencia Nacional de Salud, poder brindar espacios a la comunidad en general donde pueda observarse a fondo la gestión realizada y pueda rendirse cuentas de las decisiones tomadas. Es por esto que el Hospital Regional de II nivel de San Marcos ESE, en su estrategia de rendición de cuentas desarrollará acciones que puedan garantizar un proceso transparente en el que se garantice la participación activa de todos los grupos de valor, dando principal atención a los usuarios.

Dentro de estos espacios se planea realizar una audiencia pública de rendición de cuentas programada para el primer trimestre del año que se espera desarrollar de forma virtual dado el escenario por el que se está atravesando (pandemia por Covid-19).

La institución tiene la total convicción de que llevando a cabo estos procesos puede generarse confianza en la población, así como fortalecer la gestión administrativa y la prestación de servicios de salud.

En el Anexo 4 puede observarse la matriz, con cada acción a ejecutar y el cronograma que se espera poder llevar a cabo.

## MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

El eje principal para la prestación de servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos es el usuario, en este sentido, se están adelantando acciones para acercar cada vez más el Hospital a la población, así como para fortalecer los diferentes canales de comunicación habilitados con el objetivo de

garantizar que las PQRSD sean gestionadas de forma oportuna. Igualmente se pretende continuar capacitando al personal en humanización del servicio y trato digno, con el fin de dar al usuario el lugar que merece y esperando que este tipo de actitudes sean apropiadas por el personal, recalcando la importancia de que el servicio se preste en condiciones de dignidad. En este sentido se ha implementado la estrategia que se adjunta en el Anexo 5.

## **MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN**

Por su carácter público, el Hospital Regional de II nivel de San Marcos debe garantizar el acceso a la información a quien lo requiera, siempre y cuando esta información tenga la connotación de pública y no haya restricción alguna para su reproducción, es la forma de garantizar confianza y transparencia; sin embargo, la información manejada no solo debe ser entregada a la ciudadanía al momento de ser requerida, por eso la institución tiene la obligación de publicar en los diferentes canales establecidos para tal fin, los resultados de su gestión y los diferentes documentos de interés general, de forma que pueda llegarse a la mayor cantidad de público posible en el momento que este público lo considere. En atención a lo anterior se han determinado algunas actividades en la estrategia que den respuesta a las exigencias de información y a la debida divulgación de la misma. Estas actividades se encuentran mencionadas en el Anexo 6.

## **COMPONENTE ADICIONAL**

Por último, en cuanto al componente adicional, es preciso mencionar que se ha determinado una nueva socialización del código de integridad, es decir, los valores corporativos, esto tiene un único objetivo y es la interiorización de los valores en cada uno de los funcionarios y contratistas, de modo que su accionar se enmarque en cada uno de estos valores para garantizar una atención digna y oportuna a los usuarios. Así mismo, en cuanto a integridad, se espera poder dar aplicabilidad a las leyes 190 de 1995 y 2013 de 2019, en cuanto a la declaración de bienes y rentas del 100% de funcionarios y contratistas y la declaración de conflicto de interés del 100% de sujetos obligados según esta ley. Esto se evidencia en el Anexo 7.


El presente se firma a los doce días del mes de enero de 2023.

Cordialmente,




**FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE**  
Gerente encargado

## ANEXO 1. MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE			
		PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2023			
		FECHA DE PUBLICACIÓN: 2023			
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción-Mapa de riesgos de corrupción					
Subcomponente	Ítem	Actividades	Meta o producto	Dependencia Responsable	Fecha programada
Política de administración del riesgo	1.1	Revisión de la Política de Gestión del Riesgo	Política de Gestión del Riesgo revisada (1)	Oficina de Planeación	31/12/2023
	1.2	Socializar en reunión la política de gestión del riesgo para la construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	Mapa de Riesgos de Corrupción con metodología de la Política de Gestión del Riesgo (1)	Oficina de Planeación	31/01/2023
Construcción mapa de riesgos de corrupción	2.1	Identificar los riesgos de corrupción	Matriz de definición e identificación de riesgos de corrupción	Líderes de los procesos	31/01/2023
	2.2	Valorar los riesgos de corrupción	Matriz de análisis y valoración de riesgos de corrupción	Líderes de los procesos	31/01/2023
	2.3	Revisar y aprobar el mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2023	Mapa de riesgos de corrupción firmado y aprobado por Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Oficina de Planeación	31/01/2023

Consulta y divulgación	3.1	Construir la Matriz de definición e identificación de riesgos de corrupción, de análisis y valoración de riesgos de corrupción y el mapa de riesgo de corrupción con la participación de los responsables de cada uno de los procesos	Matriz de definición e identificación de riesgos de corrupción, de análisis y valoración de riesgos de corrupción y el mapa de riesgo de corrupción firmada por los responsables de los procesos	Oficina de Planeación	31/01/2023
	3.2	Publicar en la página web el mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2023	Mapa de riesgos de corrupción publicado en página web	Sistemas Oficina de Planeación	31/01/2023
Monitoreo y revisión	4.1	Revisar periódicamente los riesgos y ajustarlos de ser necesario	Informe de revisión del mapa de riesgos de corrupción	Líderes del proceso	15/04/2023
					15/07/2023
				Oficina de Planeación	15/10/2023
					15/01/2023
Seguimiento	5.1	Realizar seguimiento y evaluación de la efectividad de los controles.	Informe de resultados documentado (2)	Oficina de Control Interno	15/04/2023
					15/07/2023
					15/10/2023
					15/01/2023

## ANEXO 2. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

			HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE					VERSION 3	CÓDIGO MRC-PDE-01		
			MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION					VIGENCIA 12/01/2022	DOCUMENTO CONTROLADO		
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUA ORGAN DE	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONS ABLE	TIEMPO	INDICADO R
1	LABORATORIO CLÍNICO	USO INDEBIDO DE LOS INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO PERSONALES	DEBIDO AL CRITERIO PROFESIONAL PARA CONFIABILIDAD Y CALIDAD DE RESULTADOS, ES FÁCIL JUSTIFICAR EL USO INDEBIDO DE LAS PRUEBAS	3	2	EXTREMO REDUCIR	La Coordinadora del Laboratorio Clínico, con el fin de garantizar el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico, descargará trimestralmente el informe de registros de facturación del software institucional con el fin de comparar con la información registrada en el kardex e igualmente la información registrada en el formato FR-LAB-47, teniendo en cuenta el porcentaje de gasto para control de calidad interno y externo y validación de pruebas, si se observan diferencias se procede a realizar confirmación en software de laboratorio, como evidencia queda formato de revisión diligenciado	Formato de revisión FR-LAB-47 diligenciado	Líder del laboratorio clínico	Trimestral	4 formatos diligenciados
2	CARTERA	PRESCRIPCION DE CARTERA	FALTA DE SEGUIMIENTO A LA CARTERA Y GESTION DE COBRO ANTE LAS ERP	3	3	EXTREMO REDUCIR	El líder de cartera, proyecta el oficio de circularización a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuración de la cartera y conciliaciones.	Oficios radicados a la ERP	Líder de cartera	Trimestral	N. oficios radicados a la ERP/ Total de empresas con

3	CARTERA	EMISIÓN INCORRECTA DE CERTIFICACIONES DE PAZ Y SALVO PARA LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS CON ERP	DESCONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS E INFORMACIÓN MANEJADOS POR OTRAS OFICINAS Y QUE ESTÁN RELACIONADOS CON LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROXIMOS A LIQUIDARSE	2	2	ALTO	REDUCIR	El líder de cartera, cada que se reciba un acta de liquidación para liquidar un contrato con Entidades Responsables de Pago, con el fin de garantizar el paz y salvo del contratante, emitirá certificado de viabilidad con base en la información suministrada por las áreas de facturación y auditoría de cuentas médicas, si se observan pendientes, se devuelve el acta de liquidación para su corrección, como evidencia quedan las certificaciones emitidas en carpeta del contrato	Carpeta con certificaciones de viabilidad para liquidación de contratos	Líder de cartera	Cada que se solicite la liquidación de un contrato	N. de certificaciones de viabilidad/N. de contratos de prestación de servicios de salud liquidados
4	PRESUPUESTO	EMISION INEXACTA DE CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL POR AFECTACIÓN DE RUBROS QUE NO CORRESPONDEN	FALTA DE EXACTITUD SOBRE EL RUBRO QUE DEBA AFECTARSE SEGÚN LA NECESIDAD PARA LA CUAL DEBE EMITIRSE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	3	3	EXTREMO	REDUCIR	La persona encargada de la emisión de certificados de disponibilidad presupuestal, cada que se solicite la expedición de este documento, con el fin de garantizar que el rubro que se afecte corresponda a la necesidad a suplir, requerirá el formato de solicitud de CDP totalmente diligenciado en el que deberá estar incluido el objeto y el rubro, si el formato no se encuentra debidamente diligenciado, se devolverá al solicitante sin emitir el CDP, como evidencia se archivan en carpeta las solicitudes de CDP	Carpeta de archivo de solicitudes de CDP	Líder de Presupuesto	Cada que se solicite la emisión de un CDP	N. de solicitudes de CDP/N. de CDP emitidos
5	TALENTO HUMANO	CONTRATACIÓN DE PERSONAL SIN CUMPLIR LA TOTALIDAD DE REQUISITOS	INTERESES PERSONALES PARA FAVORECER LA CONTRATACIÓN	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de la oficina de talento humano, cada vez que se vaya a realizar un contrato para ingreso de personal nuevo, verificará que se cumpla con el 100% de requisitos establecidos en listas de chequeo, si no se cumple con la totalidad de los requisitos no se realiza la contratación, como evidencia se dejan los formatos diligenciados en la hoja de vida, si la persona no es contratada se deja la evidencia en carpeta de personal no vinculado	Formato lista de chequeo diligenciada	Líder de talento humano	Cada que se realice un contrato de prestación de servicios	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos de prestación de servicios perfeccionados



6	TESORERIA	APROPIACIÓN DE DINEROS POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO RECIBIDOS EN CAJA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INECIENTE EVIDENCIA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO	3	2	EXTREMO	REDUCIR	La Tesorera del Hospital, cada vez que le sean entregados dineros en efectivo por concepto de venta de servicios de salud, con el fin de confirmar que la cantidad entregada sea la recaudada, descargará del sistema de información el consolidado de recaudo y lo confrontará con lo recibido en físico, si se observan inconsistencias se informará mediante oficio al área de facturación para la correspondiente investigación, como evidencia se deja en medio magnético el reporte diario generado y en carpeta los oficios remitidos a facturación	Carpeta de cierres de caja y carpeta en medio magnético	Tesorero	Diario	Valor recibido en efectivo/Valor reportado en consolidados de recaudo
7	CONTABILIDAD	RECEPCIÓN Y CAUSACIÓN DE CUENTAS DE COBRO SIN EL 100% DE LOS REQUISITOS	FAVORECIMIENTOS PERSONALES AL MOMENTO DE RECIBIR CUENTAS SIN LOS DOCUMENTOS EXIGIDOS	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El funcionario encargado de la recepción de cuentas de cobro, cada que un contratista presente el paquete para cobro por prestación de servicios o suministro de bienes o servicios, con el fin de verificar el cumplimiento del 100% de los requisitos exigidos, revisará el formato de cuenta de cobro, el cual debe venir con visto bueno de la oficina de talento humano y la oficina jurídica (a excepción de las cuentas de suministros de bienes o servicios la cual únicamente lleva visto bueno de jurídica), si no se observan estos vistos buenos por la oficina de Contabilidad se devolverá la cuenta al contratista y no será causada, como evidencia queda la firma del responsable de revisión en el formato de cuenta de cobro.	Archivo en CONTABILIDAD de cuentas de cobro	Contador	Trimestral	N. de cuentas de cobro con visto bueno de talento humano y jurídica/N. de cuentas de cobro causadas
8	ALMACÉN	INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES EXIGIDAS EN EL	FALTA DE CONTROL AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN EN ALMACÉN	4	2	EXTREMO	REDUCIR	El encargado de la recepción de bienes y/o insumos, cada que ingresen elementos al almacén del hospital, con el fin de garantizar que las especificaciones técnicas correspondan con lo contratado,	Carpeta de archivo de remisiones y/o	Almacenista	Trimestral	de entrada de mercancías firmados a satisfacción/N. de

		CONTRATO					verificará que lo recibido cumpla, comparándolo directamente con el contrato firmado, si se observan inconsistencias, se devuelve la mercancía al proveedor, como evidencia queda el archivo del documento de recepción en carpeta.				
9	AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS	BENEFICIOS A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO POR NO TRAMITE DE GLOSAS	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE LAS GLOSAS RECIBIDAS	3	16	EXTREMO REDUCIR	El líder de auditoría médica, con el fin de llevar la trazabilidad de las glosas recibidas, verificará trimestralmente la recepción, ingreso al sistema y respuesta en cuadro de control en el cual se registrarán las fechas de cada una de estas actividades que se encuentran en el servidor del HRSM en la carpeta de soportes de facturación subcarpeta Auxiliar de cuentas médicas del computador de Auditorías de Cuentas Médicas, si se observan omisiones o inoportunidad se dará el trámite correspondiente de forma inmediata, como evidencia se deja acta de revisión mensual	Acta de revisión	Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas	Trimestral	4 actas de Revisión
10	FACTURACION	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RADICACIÓN DE FACTURAS	ALTOS VOLUMENES DE TRABAJO, DESINTERES	5	3	EXTREMO REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que el proceso de radicación de facturas se realice oportunamente, descargará del sistema de información el reporte de facturas radicadas y el reporte de facturas generadas para su correspondiente cruce, si se observan inconsistencias subsanables, se procede a informar al facturador correspondiente para determinar su causa y proceder a realizar la radicación, como evidencia queda acta mensual de verificación	Acta de revisión	Coordinador de Facturación	Trimestral	4 actas de Revisión

11	FACTURACION	SERVICIOS PRESTADOS NO FACTURADOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA OBJETIVIDAD AL MOMENTO DE FACTURAR, DESCONOCIMIENTO DE PROCESOS	5	2	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que los servicios prestados sean incluidos en la factura generada, descargará del sistema de información el reporte de pendientes por facturar, si se evidencian servicios pendientes se informa al facturador correspondiente para determinar la causa y proceder a subsanar el error, como evidencia se deja acta de revisión	Acta de revisión	Coordinador de Facturación	Trimestral	4 actas de Revisión
12	JURIDICA	CONTRATACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS SIN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA OBJETIVIDAD EN LA SELECCIÓN DE OFERENTES	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El profesional de la oficina jurídica, cada vez que se va a realizar un contrato, con el fin de garantizar que el oferente cumpla con la totalidad de requisitos exigidos en el manual de contratación, verifica mediante lista de chequeo el cumplimiento de cada uno de los documentos, si se observan falencias en la información susceptibles de modificación, se informa al proveedor para que aporte lo faltante, si se observan incumplimientos que no susceptibles de corrección se detiene el proceso contractual y se selecciona otro contratista, como evidencia se deja lista de chequeo diligenciada en la carpeta del contrato	Archivo en carpeta de contrato	Profesional Oficina Jurídica	Cada que se realice un contrato	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos perfeccionados
13	JURIDICA	EXTRACCIÓN O PÉRDIDA DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES PARA FAVORECIMIENTO DE TERCEROS	FÁCIL ACCESO A LA INFORMACIÓN POR CONDICIONES DE FALTA DE ESPACIO E INSEGURIDAD	2	2	ALTO	REDUCIR	El técnico administrativo de la Oficina Jurídica, cada que sea solicitado un expediente contractual, con el fin de garantizar la custodia de la carpeta y evitar pérdida de información, registrará su préstamo en libro radiador al cual periódicamente hará monitoreo, si se evidencia documentación faltante, se procede a realizar requerimiento vía correo electrónico al área solicitante, como evidencia se deja observación en el libro radiador	Libro radiador	Técnico Administrativo Oficina Jurídica	Mensual	N. de contratos localizados/N. de contratos perfeccionados

14	JURIDICA	PROCESO DE DEFENSA JUDICIAL DEFICIENTE	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULAR ES DE LOS PROFESIONALES DEL DERECHO ENCARGADOS DE REALIZAR LA DEFENSA JUDICIAL DE LA ENTIDAD	2	2	ALTO	REDUCIR	El profesional de la oficina jurídica, trimestralmente verificara que todos los procesos se encuentren en términos para contestar demanda, mediante formato Excel, de evidenciarse incumplimiento se eleva cuestionamiento al abogado externo en aras de que informe el motivo de la no contestación o la contestación extemporánea, como evidencia queda informe de las actuaciones adelantadas en los procesos.	Informe de medición del indicador	Profesional Oficina Jurídica	Trimestral	N. de procesos respondidos dentro de términos/N. total de procesos x 100
----	----------	--	---	---	---	------	---------	---	-----------------------------------	------------------------------	------------	--

### ANEXO 3. MATRIZ ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES

ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES									
Nombre de la entidad		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE							
Sector Administrativo		Salud y Protección Social							
Departamento:		Sucre					Orden	Territorial	
Municipio:		San Marcos					Año Vigencia:	2023	
PLANEACION DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN									
N.	NOMBRE DEL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	TIPO DE RACIONALIZACIÓN	ACCIÓN ESPECÍFICA DE RACIONALIZACIÓN	SITUACIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DE LA MEJORA A REALIZAR AL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	BENEFICIO AL CIUDADANO Y/O ENTIDAD	DEPENDENCIA RESPONSABLE	FECHA REALIZACIÓN	
								INICIO	FIN
								dd/mm/aa	dd/mm/aa
1	Examen de Laboratorio Clínico	Administrativas	Ampliación de canales de obtención del resultado	El usuario o su acudiente se acerca a la institución por el resultado de sus exámenes de laboratorio clínico para lo cual debe demostrar su titularidad o el respaldo legal para realizar la solicitud, de 1 a 8 días hábiles después del examen debe acercarse a la institución para recibir los resultados de los exámenes de laboratorio clínico.	Dar al usuario la posibilidad de recibir los resultados de los exámenes de laboratorio clínico en su correo electrónico con lo que se evita el traslado hasta la institución, reduciendo costos de transporte y tiempos de desplazamiento	Ampliación de canales para obtención del resultado, es decir, dar la posibilidad al usuario de recibir los resultados de los exámenes de laboratorio clínico vía correo electrónico	Subproceso de Laboratorio Clínico	01/01/2023	31/12/2023
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (CADENAS DE TRÁMITES - VENTANILLAS ÚNICAS)									
1									
Nombre del responsable:			FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE			Número de teléfono:		+57 (5) 295 31 65	
Correo electrónico:			<a href="mailto:gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co">gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co</a>			Fecha aprobación del plan:		31/01/2023	



## ANEXO 4. MATRIZ ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

Calle 22 # 20-22, Teléfono +57 (5) 2955670

### ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

ELEMENTOS	ACTIVIDADES	ETAPAS DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS					META/PRODUCTO	CUATRIMESTRE			FECHA		DEPENDENCIA RESPONSABLE
		Aprestamiento	Diseño	Preparación	Ejecución	Seguimiento y Evaluación		1	2	4	Inicio	Fin	
Subcomponente1: Información de calidad y en lenguaje comprensible	Caracterizar los grupos de valor más representativos para la entidad (usuarios y asociaciones de usuarios)	X					Informe de caracterización que identifique las necesidades de información de los grupos de valor con miras a la rendición de cuentas vigencia 2020.	X					Unidad Funcional de Atención al Usuario



	Conformar y capacitar un equipo de trabajo que lidere el proceso de planeación e implementación de los ejercicios de rendición de cuentas (involucrando direcciones misionales y dependencias de apoyo)	X						Reunión de la mesa técnica de Información y Comunicación encargada de la política de Rendición de Cuentas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	X					Oficina de Planeación o quien haga sus veces

	<p>Priorizar los temas de interés que los grupos de valor tienen sobre la gestión de las metas del plan institucional, para priorizar la información que se producirá de manera permanente. Lo anterior, a partir de los resultados de la caracterización o cualquier otro mecanismo.</p>		X				<p>Formatos diligenciados por grupos de valor sobre priorización de temas para rendición de cuentas</p>	X	X	X			<p>Unidad Funcional de Atención al Usuario</p>
--	---	--	---	--	--	--	---	---	---	---	--	--	--

	Definir el procedimiento de adecuación, producción y divulgación de la información atendiendo a los requerimientos de cada espacio de diálogo definido en el cronograma.		X				Documento con roles y responsables del procedimiento de adecuación, producción y divulgación de información por cada espacio de diálogo.	X				Oficina de Planeación o quien haga sus veces

	<p>Producir la información sobre la gestión (presupuesto, contratación, etc.), sobre los resultados y sobre el avance en la garantía de derechos sobre los temas de interés priorizados por los grupos de valor de acuerdo con cada uno de los espacios de diálogo establecidos en el cronograma.</p>			X			<p>Publicación de la información sobre temas de interés para rendición de cuentas, producto de los espacios de dialogo con los diferentes grupos de valor de la entidad.</p>	X					<p>Oficina de Planeación o quien haga sus veces</p>
--	---	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	---

	<p>Producir la información sobre la gestión global o general de la entidad (presupuesto, contratación, etc.), sobre los resultados y sobre el avance en la garantía de derechos, que se presentará en los espacios de diálogo definidos en el cronograma.</p>			X			<p>Presentación en power point, plegables o cualquier otro medio impreso a utilizar en los espacios de dialogo</p>	X					<p>Oficina de Planeación o quien haga sus veces</p>
--	---	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	---

DÍALOGO	Caracterizar los grupos de valor	X					Informe de caracterización que identifique los canales de publicación y difusión de información consultadas por los grupos de valor del Hospital	X	X	X			Unidad Funcional de Atención al Usuario
	Conformar y capacitar un equipo de trabajo que lidere el proceso de planeación de los ejercicios de rendición de cuentas (involucrando direcciones misionales y dependencias de apoyo)	X					Acta de reunión de la mesa técnica de Información y Comunicación	X	X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces



	Diseñar y divulgar el cronograma que identifica y define los espacios de diálogo presenciales (mesas de trabajo, foros, reuniones, etc.), y virtuales complementarios (chat, videoconferencias, etc.), que se emplearán para rendir cuentas: 1) Sobre los temas de interés priorizados, y 2) Sobre la gestión general de la entidad.		X				Cronograma publicado en página web que defina los espacios de diálogo presenciales y virtuales de rendición de cuentas (tanto generales como específicos por tema de interés priorizado). En el caso de los temas de interés priorizados asociarlo a temáticas y a grupos de valor por cada espacio.	X					Oficina de Planeación o quien haga sus veces
--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Definir el procedimiento interno para implementar la ruta (antes, durante y después) a seguir para el desarrollo de los espacios de diálogo en la rendición de cuentas.						Documento publicado de procedimiento interno para determinar lo siguiente para cada espacio de rendición de cuentas:						
						ANTES						
			X			- Forma en que se convocará o promocionará la participación de los grupos de valor atendiendo a la claridad y alcance del objetivo de cada espacio de rendición de cuentas.	X	X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces



						<p>- Reglas de juego que garanticen la participación de los grupos de valor y el cumplimiento del objetivo de cada espacio de diálogo en la rendición de cuentas.</p>					
						<p>- Forma como se documentarán los resultados del espacio de rendición de cuentas. (incluye procesos de evaluación de la ciudadanía)</p>					
						DESPÚES					
						<p>- Forma como se informarán los resultados de los compromisos adquiridos con los asistentes para el seguimiento y control ciudadano.</p>					

Definir y divulgar el procedimiento que empleará la entidad en cada tipo de espacio de diálogo definido previamente en el cronograma.						Documento publicado con la ruta (antes, durante y después) a seguir para el desarrollo de los espacios de diálogo que contemple:						
						ANTES						
				X		- Forma en que se convocará a los grupos de valor	X	X	X			Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional
						DURANTE						
						- Paso a paso por cada tipo de espacio de diálogo a ser desarrollado						
						- Reglas de juego para dialogar con los grupos de valor y para que evalúen la gestión y los resultados presentados.						

						- Forma como se documentarán los compromisos adquiridos en el espacio de diálogo						
						DESPÚES						
						- Forma como se informarán los avances de los compromisos adquiridos.						
Implementar los espacios de diálogo				X		Evidencia del desarrollo de cada espacio (capacitaciones a funcionarios y usuarios, listados de asistencia de la audiencia)	X	X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces



RESPONSABILIDAD	Realizar acciones de capacitación, con los grupos de valor identificados, para la preparación previa a los espacios de diálogo definidos en el cronograma.			X			Registro de asistencia de capacitaciones a los grupos de valor realizadas	X				Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	Establecer temas de interés de los organismos de control con el fin de articular su participación en el proceso de rendición de cuentas.	X					Solicitudes a los entes control interno, sobre temas de interés a tratar en el proceso de rendición de cuentas	X				Oficina de Planeación o quien haga sus veces

	Definir un esquema de seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos.		X				Documento publicado con procedimiento, roles y responsables del seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en los espacios de diálogo.	X	X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	Establecer el formato interno de reporte de las actividades de rendición de cuentas que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga:		X				Formato de Acta de rendición de cuentas enviado a la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud - Proceso de rendición de cuentas	X					Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	-Actividades realizadas												
	-Grupos de valor involucrados												










	6. Nivel de cumplimiento de las actividades establecidas en toda la estrategia de rendición de cuentas.												
	Analizar las recomendaciones realizadas por los órganos de control frente a los informes de rendición de cuentas y establecer correctivos que optimicen la gestión y faciliten el cumplimiento de las metas del plan institucional.					X	Plan de mejoramiento incluido en el Formato de Acta de rendición de cuentas enviado a la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud e informe de seguimiento	X					Oficina de Planeación o quien haga sus veces





## CRONOGRAMA RENDICIÓN DE CUENTAS

																																																
	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE																																															
	Calle 22 # 20-22, Teléfono +57 (5) 2955670																																															
	CRONOGRAMA ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS - 2023																																															
MES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB RE				OCTUBRE				NOVIEMBR E				DICIEMB E			
ACTIVIDAD/SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración y Presentación de la estrategia																																																
Caracterización de Usuarios																																																
Capacitación Rendición de Cuentas																																																
Audiencia Pública de Rendición de Cuentas																																																
Videos informativos Rendición de Cuentas																																																
Foros de Rendición de Cuentas al Cliente Interno																																																

Calle 22 No. 20-22. Tel. (095) 295 31 65, 295 51 74.- Teléfax: 295 48 00, 295 34 04.

Cel. 311 415 71 41, 311 415 71 43.

Página Web: [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co)

E-mail: [gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov](mailto:gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov)

## ANEXO 5. MATRIZ ESTRATEGIA ATENCIÓN AL CIUDADANO



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2023

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2023

### Componente 4: Atención al Ciudadano

Subcomponente	Ítem	Actividades	Meta o producto	Dependencia Responsable	Fecha programada
Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1	Mantener la presencia institucional de la oficina de atención al usuario	Informe trimestral de manejo de la oficina de atención al usuario	Oficina de atención al usuario	31/12/2023
	1.2	Implementar la caracterización de los grupos de valor	Informe semestral de caracterización de grupos de valor	Oficina de atención al usuario	31/12/2023
	1.3	Continuar con la implementación de la ventanilla de atención preferencial en el servicio de asignación de citas	Ventanilla de atención preferencial en funcionamiento	Oficina de atención al usuario	31/12/2023
Fortalecimiento de los canales de atención	2.1	Fortalecer el canal alternativo para la comunicación con la ciudadanía a través de Facebook vía mensajes directos	Informe trimestral de estadística de manejo de la red social	Oficina de Planeación	31/12/2023
	2.2	Fomentar la entrega de información de interés general, relacionada con los procesos de la institución, a través de mecanismos como las redes sociales	Informe trimestral de estadística de manejo de la red social	Oficina de Planeación	31/12/2023
Talento Humano	3.1	Realizar capacitaciones en atención humanizada a los funcionarios de la entidad, incluido personal de aseo, vigilancia y mantenimiento	2 capacitaciones al año	Oficina de Atención al Ciudadano -SIAU y Oficina de Recurso Humano	30/06/2023
					31/12/2023
	3.2	Realizar capacitación en participación social	1 capacitación al año	Oficina de Atención al Ciudadano	31/12/2023

Normativo procedimental	4.1	Formular la Política de prestación de servicios de salud	Política de prestación de servicios de salud socializada y publicada en página web oficial de la entidad	Oficina Subgerencia Científica	30/05/2023
	4.2	Elaborar informes de PQRSD para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios	4 informes al año	Oficina de Atención al Ciudadano	15/04/2023
					15/07/2023
					15/10/2023
					15/01/2024
	4.3	Elaborar estrategias de comunicación para dar a conocer la carta de trato digno.	Informe semestral de estrategias de comunicación e interiorización de la carta de trato digno	Oficina de Atención al Ciudadano	30/06/2023
Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Realizar seguimiento mensual al cumplimiento de la respuesta oportuna de PQRSD	Informe trimestral de satisfacción al usuario	Oficina de Atención al Ciudadano	31/12/2023
	5.2	Realizar seguimiento mensual a los niveles de satisfacción de los ciudadanos a través de la medición de la percepción de los usuarios	Informe trimestral de satisfacción al usuario	Oficina de Atención al Ciudadano	31/12/2023

## ANEXO 6. MATRIZ ESTRATEGIA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2023

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2023

### Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

#### Componente 5 Mecanismo para la Transparencia y acceso a la Información

Subcomponente	Ítem	Actividades	Meta o producto	Indicadores	Dependencia Responsabl e	Fecha programada
Lineamientos de Transparencia Activa	1.1	Publicar la información mínima obligatoria sobre la estructura (ley 1712 de 2014, artículo 9)	Publicar la totalidad de la información mínima obligatoria para la vigencia 2023 sobre la estructura (ley 1712 de 2014 artículo 9), en el enlace de transparencia y acceso a la información de la entidad	Numero de criterios publicados / Ítems requeridos en información mínima obligatoria sobre la estructura (ley 1712 de 2014 artículo 9) x 100	Oficina de Planeación	31/12/2023
					Oficina de Sistemas	
	1.2	Publicar la totalidad de actos administrativos emitidos por la entidad en la página web	Documentos publicados en página web en el enlace de transparencia y acceso a la información	Numero de actos administrativos publicados / Numero de actos administrativos expedidos	Oficina de Talento Humano	31/12/2023
					Oficina de Sistemas	
	1.3	Publicar en el sitio web www.datos.gov.co o la información manejada por la entidad y clasificada como datos abiertos	Sitio web www.datos.gov.co o actualizada	Total, de información actualizada en sitio web / Total de información clasificada como datos abiertos	Oficina de Sistemas	31/12/2023
Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1	Dar respuesta dentro de los términos a los derechos de petición y acciones de tutela radicados en la entidad	Informe trimestral de medición de indicador de oportunidad de derechos de petición y acciones de tutela resueltas en los términos de ley	No de peticiones y acciones de tutela contestadas en los términos / No de peticiones y acciones de tutela radicadas en la entidad	Oficina Jurídica	15/04/2023
						15/07/2023
						15/10/2023

Calle 22 No. 20-22. Tel. (095) 295 31 65, 295 51 74.- Teléfax: 295 48 00, 295 34 04.


Cel. 311 415 71 41, 311 415 71 43.

Página Web: [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co)

E-mail: [gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov](mailto:gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov)

						15/01/2024
	2.2	Llevar Registro Trimestral de Solicitudes de información que la Entidad ha contestado de manera negativa	Informe trimestral actualizado y publicado de Solicitudes de información que la Entidad ha contestado de manera negativa	Número de solicitudes respondidas de manera negativa / Número total de solicitudes realizadas	Oficina Jurídica	15/04/2023
						15/07/2023
					Oficina Atención al Usuario	15/10/2023
						15/01/2024
	2.3	Llevar Registro Trimestral de Solicitudes de información que la Entidad ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada	Informe trimestral actualizado y publicado de Solicitudes de información que la Entidad ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada	Número de solicitudes respondidas de manera negativa por inexistencia de la información / Número total de solicitudes realizadas	Oficina Jurídica	15/04/2023
						15/07/2023
					Oficina Atención al Usuario	15/10/2023
						15/01/2024
Elaboración de Instrumentos de Gestión de la Información	3.1	Actualización del listado maestro de documentos de cada oficina	Listado maestro de documentos actualizado consolidado	Número de oficinas con listado maestro actualizado/Número total de oficinas	Oficina de calidad	31/12/2023
	4.1	Garantizar que la totalidad de videos institucionales con información de interés general sean publicados en las redes sociales institucionales, se editen con subtítulos para permitir el acceso a la población con discapacidad auditiva	Videos institucionales subtítulos	Numero de videos institucionales subtítulos / Número total de videos producidos	Oficina de Planeación	31/12/2023
Monitoreo al Acceso de la Información Pública	5.1	Realizar un informe trimestral de solicitudes de acceso a la información que contenga el número de solicitudes recibidas	Oficio consolidando trimestralmente del # de PQR contestadas por la institución	No. De solicitudes contestadas por el Hospital / No. De solicitudes totales realizadas por los ciudadanos	Oficina de atención al usuario	15/04/2023
						15/07/2023
						15/10/2023
						15/01/2024

## ANEXO 7. MATRIZ ESTRATEGIA COMPONENTE ADICIONAL



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2023

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2023

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano					
Componente COMPONENTE ADICIONAL					
Subcomponente	Ítem	Actividades	Meta o producto	Dependencia Responsable	Fecha programada
Principios y valores institucionales	1.1	Programación de la Campaña de divulgación a los funcionarios del código de integridad del servidor público adoptado por el Hospital Regional de II nivel de San Marcos ESE	Cronograma e informe de seguimiento a las actividades para la divulgación del código de integridad	Oficina de Talento Humano	31/12/2023
	2.1	Garantizar la aplicabilidad de la ley 190 de 1995 respecto a la declaración anual de bienes y rentas	Presentación de la declaración de bienes y rentas del 100% de los funcionarios y contratistas	Unidad Funcional de Talento Humano	30/06/2023
Código de Integridad del Servicio Público	2.2	Garantizar la aplicabilidad de la ley 2013 de 2019 en cuanto a la declaración de conflicto de intereses	Presentación de la declaración de conflicto de intereses del 100% de los sujetos obligados identificados en la ley 2013 de 2019	Unidad Funcional de Talento Humano	31/12/2023



**HOSPITAL REGIONAL**  
DE II NIVEL DE **SAN MARCOS** ESE

**INFORME FINAL DE  
SEGUIMIENTO AL PLAN  
ANTICORRUPCIÓN Y DE  
ATENCIÓN AL CUIDADANO  
2023**

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
1. OBJETIVO .....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	4
3. ANÁLISIS DE COMPONENTES .....	5
3.1 COMPONENTE MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	5
3.2 COMPONENTE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.....	6
3.3 COMPONENTE RENDICIÓN DE CUENTAS .....	6
3.4 COMPONENTE ATENCIÓN AL CIUDADANO .....	7
3.5 COMPONENTE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.....	7
3.6 COMPONENTE ADICIONAL.....	7
4. RECOMENDACIONES .....	8
5. CONCLUSIONES .....	9
ANEXOS.....	10
PRIMER TRIMESTRE .....	11
SEGUNDO TRIMESTRE .....	22
TERCER TRIMESTRE .....	33
CUARTO TRIMESTRE .....	44



## **INTRODUCCIÓN**

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano es un instrumento de tipo preventivo para el control de la corrupción, el cual en su metodología incluye cinco componentes autónomos e independientes, que contienen parámetros y soporte normativo propio y un sexto componente que contempla iniciativas adicionales.

Es obligación que las entidades formulen un Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y hacer seguimiento periódico a este, lo cual se establece en el Estatuto Anticorrupción y donde se proponen estrategias dirigidas a combatir la corrupción mediante mecanismos que faciliten su prevención, control y seguimiento.

Con base en el rol de seguimiento otorgado a la Oficina de Planeación o quien haga sus veces, determinado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se realiza el presente informe final de seguimiento, con el objeto de recopilar los informes realizados en los 4 trimestres del año 2023 y así poder hacer una retroalimentación de los avances respecto a las actividades programadas en cada uno de los 6 componentes que hacen parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

De esta manera el presente informe se elabora desarrollando cada uno de los componentes y se mencionarán las actividades ejecutadas a lo largo de la vigencia 2023, dando a conocer a las diferentes áreas encargadas el resultado de la ejecución de las tareas programadas para la realizar en el año evaluado.

## 1. OBJETIVO

Realizar entrega final del seguimiento y evaluación al plan anticorrupción y atención al ciudadano de la vigencia 2023, respecto a las actividades ejecutadas de acuerdo a las acciones propuestas por los diferentes responsables de los procesos.

## 2. MARCO TEÓRICO

TEMÁTICA	DOCUMENTO	DETALLE
<b>Gestión del Riesgo de Corrupción</b>	Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública
	Decreto 4637 de 2011	Por el cual se suprime el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción. Se crea la Secretaría de Transparencia en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.
	Decreto 1081 de 2015 Único del Sector de la Presidencia de la República	A través de este Decreto se establece la metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
<b>Modelo Integrado de Planeación y Gestión</b>	Decreto 1081 de 2015	Establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión
	Decreto 1083 de 2015	Regula el procedimiento para establecer y modificar los trámites autorizados por la ley y crear las instancias para los mismos efectos.
<b>Trámites</b>	Decreto Ley 019 de 2012	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
	Ley 962 de 2005	Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.
<b>Rendición de cuentas</b>	Ley 1757 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática. Registra que la estrategia de rendición de cuentas hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
	Manual Único de Rendición de Cuentas, V2, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública	Elementos conceptuales y prácticos para identificar, diseñar y proponer alternativas de acción en la rendición de cuentas de la Rama Ejecutiva y de las otras ramas del poder público
<b>Transparencia y Acceso a la Información</b>	Ley 1712 de 2014	Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones

	Decreto 103 de 2015	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones.
<b>Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias</b>	Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	El Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción debe señalar los estándares que deben cumplir las oficinas de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos de las entidades públicas.
	Ley 1755 de 2015 Derecho fundamental de petición	Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
<b>Modelo estándar de Control Interno (MECI)</b>	Decreto 943 de 2014	Adopta la actualización del MECI
	MECI	
<b>Metodología plan anticorrupción y atención al ciudadano</b>	Ley 2195 de 2022 Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano V.2" expedida por la presidencia de la República.	- Gestión del riesgo de corrupción
		- Racionalización de trámites
		- Rendición de cuentas
		- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
		- Mecanismos para la transparencia y acceso a la información

### 3. ANÁLISIS DE COMPONENTES

Teniendo en cuenta el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, publicado por la entidad el día 31 de enero de 2023, se realiza informe de seguimiento para el cuarto trimestre, es decir, el periodo comprendido entre los meses de octubre a diciembre del presente año.

#### 3.1 COMPONENTE MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

En cuanto al componente Gestión del Riesgo de Corrupción, en la vigencia 2023 se actualizó la Política de Gestión del Riesgo, la cual se publicó en la página web. Se realizó la formulación del mapa de riesgos de corrupción conforme a la metodología de esta política, se realizó la identificación de los riesgos, análisis y valoración del riesgo generándose los controles para la mitigación de estos riesgos de corrupción y se publicó en la página web de la Institución.

En los cuatro trimestres se hicieron los seguimientos en compañía de cada responsable del proceso en el formato FR-PDE-01, verificando el cumplimiento de cada uno. En cada uno de estos seguimientos pudimos evidenciar que se han

**Calle 22 No. 20-22. Tel. (095) 295 31 65, 295 51 74.- Teléfax: 295 48 00, 295 34 04.**

**Cel. 311 415 71 41, 311 415 71 43.**

**Página Web: [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co)**

**E-mail: [gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov](mailto:gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov)**

mantenido los controles establecidos para la mitigación del riesgo, gracias a la continua política de mejoramiento que se ha ido implementado según los soportes que presentaban por los responsables de los procesos en cada trimestre, los cuales facilitaban la ejecución de estos.

Es importante resaltar que los reportes se hicieron en los tiempos establecidos, lo cual se puede evidenciar en los anexos que se encuentran al final del presente documento, con lo cual se puede afirmar que se alcanzaron los logros propuestos, con relación a las actividades que fueron realizadas por los responsables de los procesos; logrando así mantener el riesgo bajo control.

### **3.2 COMPONENTE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES**

Referente al componente 2, en la vigencia 2023 se implementó la estrategia que el usuario pueda realizar la solicitud de la copia de la historia clínica escribiendo al correo de la institución; y de igual manera este pueda recibir la respuesta a su correo electrónico, evitando así el traslado del usuario al Hospital, reduciendo costos de transporte y tiempos de desplazamiento. Para verificar el cumplimiento de esta estrategia se verificó aleatoriamente las solicitudes de historia clínica, evidenciando la respuesta por correo electrónico a los usuarios. También se implementó el uso de la app Whatsapp para que los usuarios tengan la posibilidad de apartar las citas por este medio, logrando con esto que los interesados no tuvieran la necesidad de llegar hasta las instalaciones de la entidad evitando así las colas y aglomeraciones que se venían presentando en estos servicios.

### **3.3 COMPONENTE RENDICIÓN DE CUENTAS**

Respecto a este componente, la audiencia pública de rendición de cuentas fue realizada el día 16 de marzo de 2023, previamente se realizaron las capacitaciones a los funcionarios y a los miembros de la alianza de usuarios de las cuales quedaron registros de asistencia. Así mismo, por medio de un oficio se le pregunta al jefe de la oficina de control interno de la institución los temas para tomar en consideración en la rendición de cuentas, de igual manera a los usuarios se les preguntó a través de la encuesta de satisfacción sobre los temas de interés los cuales les gustaría que se hiciera énfasis en esta audiencia, A través de las redes sociales se invita a toda la comunidad a participar en la Audiencia pública de rendición de cuentas VF2022, se socializó el formulario para inscripción de preguntas. La audiencia fue realizada de forma presencial y también se transmitió por medio Facebook Live, se emitió acta del evento la cual no pudo ser cargada en la plataforma de la SuperSalud debido a que no se encontró la ruta por la cual debía cargarse, por lo tanto, esta acta fue publicada en la página web de la entidad [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co). La oficina de Control Interno realiza la evaluación de la audiencia publicada de rendición de cuentas VF2022, la cual se encuentra publicada en la página web de la institución.

### **3.4 COMPONENTE ATENCIÓN AL CIUDADANO**

Para dar cumplimiento a la estrategia de atención al ciudadano, se implementó la ventanilla de atención al usuario, la cual tiene un horario de 07:00 am a 12:00 m y de 2:00 a 5:00 pm.

Se realiza la encuesta de satisfacción, en donde se hace la caracterización, para lo cual, se incluyeron preguntas respecto a edad, EPS, grupo étnico y procedencia.

Mediante redes sociales se ha propendido por tener una comunicación directa con la población, mediante publicaciones se le están contando a los usuarios de estas plataformas sobre los avances y las noticias de interés que se generan en el Hospital.

Se le viene realizando seguimiento y monitoreo a las PQRSD, lo que le garantiza al Hospital el cumplimiento oportuno a las solicitudes y requerimientos presentados por los usuarios a la entidad, para lo cual además se genera de forma mensual un informe, sobre el seguimiento a estas.

Con la realización de todas estas actividades y el compromiso adquirido por las personas que tienen a su cargo la realización de estas acciones, se ha podido ir aumentando los controles asociados al manejo del riesgo, permitiendo a la entidad que se garantice cada día más al ciudadano obtener una información completa, clara y precisa sobre las condiciones de tiempo, modo y lugar en que se atenderá su requerimiento o se gestionará su trámite.

### **3.5 COMPONENTE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN**

Al realizar seguimiento al componente de transparencia y acceso a la información, se pudo verificar que desde la oficina de sistemas se ha venido dando cumplimiento a la resolución 1712 de 2014 en cuanto al cargue de la información obligatoria en la página web de la entidad [www.esehospitallregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitallregionalsanmarcos.gov.co).

Con relación a las solicitudes de información realizadas por la ciudadanía, se viene dando respuesta en los términos de ley, tratando siempre que esta información sea transparente, clara, comprensible y sin adornos innecesarios que puedan generar duda. Como seguimiento a esta actividad se hace un informe trimestral sobre el comportamiento de estas solicitudes.

### **3.6 COMPONENTE ADICIONAL**

Por último, en la vigencia 2023 se realiza seguimiento al componente adicional, en el cual se adoptó el Código de Integridad del Servidor Público, mediante resolución



0436 de 2020 y se actualizó en enero del 2023, el cual contiene los valores institucionales, los valores promulgados por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el código de integridad. En cuanto a la ley 190 de 1995 se garantiza la aplicabilidad a los contratistas y funcionarios de la institución.

Con estas acciones se busca que el personal que labora en el Hospital regional de II Nivel de San Marcos puedan fortalecer la estrategia de lucha contra la corrupción, fomentar la integridad y transparencia en la Entidad.

#### **4. RECOMENDACIONES**

De acuerdo a los seguimientos que se realizaron al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, en la vigencia 2023; se recomienda:

1. En el componente de Matriz de Gestión de Riesgos de Corrupción, se recomienda seguir trabajando en las actividades que se proponen al inicio de cada vigencia por los responsables de cada proceso, para así poder lograr mantener el riesgo bajo control.
2. En cuanto al componente Racionalización de Trámites, es importante seguir implementando actividades relacionadas con la simplificación, estandarización, optimización y automatización de trámites y procedimientos administrativos, en busca de que los usuarios puedan disminuir costos, tiempos y procesos para la consecución de los trámites solicitados.
3. Con relación al componente Rendición de Cuentas, se debe seguir realizando anualmente, ya que esta permite que los ciudadanos y otros grupos de interés (accionistas, clientes, proveedores), puedan obtener con mayor facilidad información sobre la gestión del Hospital y sus resultados, generando mayor transparencia y permitiendo a su vez que la entidad pueda tomar mejores decisiones, con relación a la realización del ejercicio.
4. En el componente Atención al Ciudadano, se recomienda seguir fortaleciendo los procedimientos de PQRS, con el fin seguir dando un cumplimiento oportuno a las solicitudes y requerimientos presentados por los usuarios a la entidad. De igual forma es importante seguir actualizando la página Web y redes sociales de la institución con información relevante del Hospital.
5. En lo relacionado al componente Transparencia y Acceso a la Información, se recomienda seguir utilizando información clara, transparente y comprensible que pueda ser entendida por todas las personas.
6. Para el componente adicional, se recomienda seguir trabajando en pro de que los funcionarios de la entidad se les capacite en temas de interés y atención al usuario.

**Calle 22 No. 20-22. Tel. (095) 295 31 65, 295 51 74.- Teléfax: 295 48 00, 295 34 04.**

**Cel. 311 415 71 41, 311 415 71 43.**

**Página Web: [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co)**

**E-mail: [gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov](mailto:gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov)**

## **5. CONCLUSIONES**

El Hospital Regional de II Nivel de San Marcos, en su búsqueda por minimizar el riesgo dentro de la entidad, viene implementando medidas, acciones y mecanismos, los cuales se encuentran contenidos en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, estos se encaminan en fortalecer las buenas prácticas de la gestión de la entidad, minimizar el riesgo de corrupción y mejorar cada día la atención al usuario que la entidad presta en sus servicios.

Es importante resaltar el compromiso que desde la Gerencia se viene dando para el diseño, elaboración y aplicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos; al igual que de todos los responsables de los procesos.

De acuerdo a lo anterior, se pudo concluir que para la vigencia 2023 el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ha venido logrando establecer, por medio de la implementación de Plan Anticorrupción y sus seguimientos trimestrales controles del riesgo en cada uno de los procesos, para así mitigar la ocurrencia de estos dentro de la entidad.

**Original firmado**  
**MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ**  
Profesional de Apoyo para el Proceso de Planeación





**HOSPITAL REGIONAL**  
DE II NIVEL DE **SAN MARCOS** ESE


# ANEXOS





# **PRIMER TRIMESTRE**


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		LABORATORIO CLÍNICO								FECHA		17/04/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
1	LABORATORIO CLÍNICO	USO INDEBIDO DE LOS INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO PERSONALES	DEBIDO AL CRITERIO PROFESIONAL PARA CONFIABILIDAD Y CALIDAD DE RESULTADOS, ES FÁCIL JUSTIFICAR EL USO INDEBIDO DE LAS PRUEBAS	3	2	EXTREMO	REDUCIR	La Coordinadora del Laboratorio Clínico, trimestralmente, con el fin de garantizar el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico, descargará el informe de registros de facturación del software institucional con el fin de comparar con la información registrada en el kardex e igualmente la información registrada en el formato FR-LAB-47, teniendo en cuenta el porcentaje de gasto para control de calidad interno y externo y validación de pruebas, si se observan diferencias se procede a realizar confirmación en software de laboratorio, como evidencia queda formato de revisión diligenciado	Formato de revisión FR-LAB-47 diligenciado	Coordinadora del laboratorio clínico	Trimestral		4 Se realiza la verificación del Formato FR-LAB-26 para el periodo de enero a marzo del 2023, en el cual la coordinadora lleva el control de gastos de insumo en el laboratorio clínico de la institución, control que lo realiza descargando el informe de registros de facturación del software del hospital, con el que compara la información registrada en el Kardex e igualmente la información registrada en el formato FR-LAB-47. Garantizando el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	JENNIFFER ALVAREZ EALO					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		CARTERA								FECHA		14/04/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
1	CARTERA	PRESCRIPCION DE CARTERA	FALTA DE SEGUIMIENTO A LA CARTERA Y GESTION DE COBRO ANTE LAS ERP	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de cartera, proyecta el oficio de circularización a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuración de la cartera y conciliaciones.	Oficios radicados a la ERP	Coordinador de Cartera	Trimestral	N. oficios radicados a la ERP/ Total de empresas con cartera	durante el primer trimestre de 2023 se radicaron a cada una de las Empresas Remponsables de pago solicitando acuerdos de pago, depuración de cartera y conciliaciones según sea el caso.
2	CARTERA	EMISIÓN INCORRECTA DE CERTIFICACIONES DE PAZ Y SALVO PARA LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS CON ERP	DESCONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS E INFORMACIÓN MANEJADOS POR OTRAS OFICINAS Y QUE ESTÁN RELACIONADOS CON LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROXIMOS A LIQUIDARSE	2	2	ALTO	REDUCIR	El líder de cartera, cada que se reciba un acta de liquidación para liquidar un contrato con Entidades Responsables de Pago, con el fin de garantizar el paz y salvo del contratante, emitirá certificado de viabilidad con base en la información suministrada por las áreas de facturación y auditoría de cuentas médicas, si se observan pendientes, se devuelve el acta de liquidación para su corrección, como evidencia quedan las certificaciones emitidas en carpeta del contrato	Carpeta con certificaciones de viabilidad para liquidación de contratos	Líder de cartera	Cada que se solicite la liquidación de un contrato	N. de certificaciones de viabilidad/N. de contratos de prestación de servicios de salud liquidados	Durante el primer trimestre de 2023 no se no se recibieron propuestas de liquidación de contratos
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	JOSE ALBERTO FORTICH ARROYO					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO					ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		PRESUPUESTO								FECHA		14/04/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
4	PRESUPUESTO	EMISION INEXACTA DE CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL POR AFECTACIÓN DE RUBROS QUE NO CORRESPONDE N	FALTA DE EXACTITUD SOBRE EL RUBRO QUE DEBA AFECTARSE SEGÚN LA NECESIDAD PARA LA CUAL DEBE EMITIRSE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	3	3	EXTREMO	REDUCIR	La persona encargada de la emisión de certificados de disponibilidad presupuestal, cada que se solicite la expedición de este documento, con el fin de garantizar que el rubro que se afecte corresponda a la necesidad a suplir, requerirá el formato de solicitud de CDP totalmente diligenciado en el que deberá estar incluido el objeto y el rubro, si el formato no se encuentra debidamente diligenciado, se devolverá al solicitante sin emitir el CDP, como evidencia se archivan en carpeta las solicitudes de CDP	Carpeta de archivo de solicitudes de CDP	Líder de Presupuesto	Cada que se solicite la emisión de un CDP	N. de solicitudes de CDP/N. de CDP emitidos	Se evidencia en las solicitudes de CDP de los meses de enero, febrero y marzo, que incluyen el rubro afectado concuerdan con los codigos presupuestales del 2023.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	ANDRES OLIVARES BALDOVINO					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		TALENTO HUMANO								FECHA		14/04/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
5	TALENTO HUMANO	CONTRATACIÓN DE PERSONAL SIN CUMPLIR LA TOTALIDAD DE REQUISITOS	INTERESES PERSONALES PARA FAVORECER LA CONTRATACIÓN	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de la oficina de talento humano, cada vez que se vaya a realizar un contrato para ingreso de personal nuevo, verificará que se cumpla con el 100% de requisitos establecidos en listas de chequeo, si no se cumple con la totalidad de los requisitos no se realiza la contratación, como evidencia se dejan los formatos diligenciados en la hoja de vida, si la persona no es contratada se deja la evidencia en carpeta de personal no vinculado	Formato lista de chequeo diligenciada	Líder de talento humano	Cada que se realice un contrato de prestación de servicios	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos de prestación de servicios perfeccionados	Se revisa aleatoriamente 3 carpetas de los contratistas, Medico Radiologo MARIO LUIS PRASCA PATERNINA, contrato 0136/2023, DELIO ALVAREZ PADILLA, Contrato 035/2023 y LUIS DANIEL ALVAREZ RUIZ contrato 032/2023, evidenciando la lista de chequeo debidamente diligenciada.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	EDELBERTO LUIS AGAMEZ PRASCA					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		TESORERÍA								FECHA		14/04/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
7	TESORERIA	APROPiación DE DINEROS POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO RECIBIDOS EN CAJA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INECIENTE EVIDENCIA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO	3	2	EXTREMO	REDUCIR	El Tesorero del Hospital, cada vez que le sean entregados dineros en efectivo por concepto de venta de servicios de salud, con el fin de confirmar que la cantidad entregada sea la recaudada, descargará del sistema de información el consolidado de recaudo y lo confrontará con lo recibido en físico, si se observan inconsistencias se informará mediante oficio al área de facturación para la correspondiente investigación, como evidencia se deja en medio magnético el reporte diario generado y en carpeta los oficios remitidos a facturación	Carpeta de cierres de caja y carpeta en medio magnético	Tesorero	Diario	Valor recibido en efectivo/Valor reportado en consolidados de recaudo	Se verifica los archivos magnéticos de los meses de enero, febrero y marzo con la carpeta en físico donde se encuentran los paquetes por día que incluyen cierre de caja consolidado, reporte descargado del sistema de información y recibo de consignación. Hasta la fecha no se han observado inconsistencias.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES			se ha presentado que en el portal Sistema Generador de informes cuando se anula un recibo no muestra la descarga, por lo tanto se recomienda realizar el ajuste en el sistema para evitar confusiones.										
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	IVAN JOSE JIMENEZ RICARDO					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		CONTABILIDAD								FECHA		14/04/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
	CONTABILIDAD	RECEPCIÓN Y CAUSACIÓN DE CUENTAS DE COBRO SIN EL 100% DE LOS REQUISITOS	FAVORECIMIENTOS PERSONALES AL MOMENTO DE RECIBIR CUENTAS SIN LOS DOCUMENTOS EXIGIDOS	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El funcionario encargado de la recepción de cuentas de cobro, cada que un contratista presente el paquete para cobro por prestación de servicios o suministro de bienes o servicios, con el fin de verificar el cumplimiento del 100% de los requisitos exigidos, revisará el formato de cuenta de cobro, el cual debe venir con visto bueno de la oficina de talento humano y la oficina jurídica (a excepción de las cuentas de suministros de bienes o servicios la cual únicamente lleva visto bueno de jurídica), si no se observan estos vistos buenos se devolverá la cuenta al contratista y no será causada, como evidencia queda la firma del responsable de revisión en el formato de cuenta de cobro.	Archivo en tesorería de cuentas de cobro	Contador	Trimestral	N. de cuentas de cobro con visto bueno de talento humano y jurídica/N. de cuentas de cobro causadas	Se revisa aleatoriamente las cuentas de cobro de prestación de servicios o suministros de bienes o servicios de los meses de enero, febrero y marzo. Evidenciando en las cuentas de cobro de prestación de servicios el visto bueno de la oficina de talento humano, la oficina de jurídica y el visto bueno del responsable de contabilidad de la revisión en el formato de la cuenta de cobro. Para las cuentas de cobro de suministros de bienes o servicios se evidencia el visto bueno de la oficina de jurídica, es importante que las cuentas de cobro de proveedores tengan el visto bueno del responsable de contabilidad de la revisión en el formato de la cuenta de cobro. Como lo tienen las cuentas de prestación de servicios.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	CARLOS DANIEL LARROTA DIAZ					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO					ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		ALMACÉN								FECHA		14/04/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
9	ALMACÉN	INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES EXIGIDAS EN EL CONTRATO	FALTA DE CONTROL AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN EN ALMACÉN	4	2	EXTREMO	REDUCIR	El encargado de la recepción de bienes y/o insumos, cada que ingresen elementos al almacén del hospital, con el fin de garantizar que las especificaciones técnicas correspondan con lo contratado, verificará que lo recibido cumpla, comparándolo directamente con el contrato firmado, si se observan inconsistencias, se devuelve la mercancía al proveedor, como evidencia queda el archivo del documento de recepción en carpeta.	Carpeta de archivo de remisiones y/o facturas	Almacenista	Trimestral	N. de comprobantes de entrada firmados a satisfacción/N. de comprobantes de entrada recibidos	Se revisa la carpeta de los comprobantes de entrada con la AZ de los comprobantes de salida, en el que se archivan los documentos de recepción de bienes y/o insumos del Hospital. Observando los comprobantes debidamente diligenciados, se recuerda que todas las facturas con que se reciben bienes y/o insumos deben estar firmadas por quien realiza la actividad de control. para los comprobantes de salida, se recomienda que el formato de solicitud de pedido a almacén, este firmado también por quien autoriza y despacha no solo quien recibe. para un mejor control de las salidas de los pedidos de almacén.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	SAID BITAR ORTEGA					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	ISAI MANUEL RUIZ ROEMRO					ORIGINAL FIRMADO				



		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS								FECHA		14/04/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
10	AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS	BENEFICIOS A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO POR NO TRAMITE DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS	3	2	EXTREMO	REDUCIR	El líder de auditoría médica, trimestralmente, con el fin de llevar la trazabilidad de las glosas o devoluciones recibidas, verificará la recepción, ingreso al sistema y respuesta en cuadro de control en el cual se registrarán las fechas de cada una de estas actividades, si se observan omisiones o inoportunidad se dará el trámite correspondiente de forma inmediata, como evidencia se deja acta de revisión mensual	Acta de revisión	Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se revisa el cuadro de control y acta del primer trimestre de 2023, las cuales se encuentran archivados de forma digital en el PC del Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas. De igual manera se verifica el acta de revisión trimestral se encuentra en carpeta debidamente diligenciada y firmada.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	ESTELA PARDO MOLINA						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO						ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		FACTURACIÓN								FECHA		14/04/2022	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
12	FACTURACION	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RADICACIÓN DE FACTURAS	ALTOS VOLUMENES DE TRABAJO, DESINTERES	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que el proceso de radicación de facturas se realice oportunamente, descargará del sistema de información el reporte de facturas radicadas y el reporte de facturas generadas para su correspondiente cruce, si se observan inconsistencias subsanables, se procede a informar al facturador correspondiente para determinar su causa y proceder a realizar la radicación, como evidencia queda acta mensual de verificación	Acta de revisión	Coordinador de Facturación	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se verifica la carpeta donde se archivan las actas de verificación de radicación de facturas se realicen oportunamente, evidenciando las actas del mes de enero y febrero, con los reportes descargados del sistema de información, como soporte de las revisiones realizadas, soportes que se encuentran archivados de forma digital en el PC del coordinador de Facturación. El líder del proceso me informa que el acta radicación correspondiente al mes de marzo será enviada al correo de planeación el 20 de abril, fecha que se genera el reporte de radicación.
13	FACTURACION	SERVICIOS PRESTADOS NO FACTURADOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA OBJETIVIDAD AL MOMENTO DE FACTURAR, DESCONOCIMIENTO DE PROCESOS	5	2	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que los servicios prestados sean incluidos en la factura generada, descargará del sistema de información el reporte de pendientes por facturar, si se evidencian servicios pendientes se informa al facturador correspondiente para determinar la causa y proceder a subsanar el error, como evidencia se deja acta de revisión	Acta de revisión	Coordinador de Facturación	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se verifica la carpeta donde se archivan las actas de verificación de los servicios prestados sean incluidos en la factura generada, evidenciando las actas del mes de enero, febrero y marzo, con los reportes descargados del sistema de información, como soporte de las revisiones realizadas, soportes que se encuentran archivados de forma digital en el PC del coordinador de Facturación.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	ADONAI IGNACIO CALDERA VILLADIEGO						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO						ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		JURÍDICA								FECHA		14/04/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
14	JURIDICA	CONTRATACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS SIN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA OBJETIVIDAD EN LA SELECCIÓN DE OFERENTES	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El profesional de la oficina jurídica, cada vez que se va a realizar un contrato, con el fin de garantizar que el oferente cumpla con la totalidad de requisitos exigidos en el manual de contratación, verifica mediante lista de chequeo el cumplimiento de cada uno de los documentos, si se observan falencias en la información susceptibles de modificación, se informa al proveedor para que aporte lo faltante, si se observan incumplimientos que no susceptibles de corrección se detiene el proceso contractual y se selecciona otro contratista, como evidencia se deja lista de chequeo diligenciada en la carpeta del contrato	Archivo en carpeta de contrato	Profesional Oficial Jurídica	Cada que se realice un contrato	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos perfeccionados	Se realiza la revisión de 2 contratos de proveedores aleatoriamente, celebrados de enero a marzo del 2022, Contrato 120/2023 Contratista NISSI S.A.S Y el contrato 172/2023 del contratista BIOLMEC SAS Evidenciándose en las dos, la lista de chequeo con la firma del responsable de la verificación de la documentación contractual, Sin embargo se recomienda chulear los documentos verificados en la lista de chequeo para evitar futuros inconvenientes.
15	JURIDICA	EXTRACCIÓN O PÉRDIDA DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES PARA FAVORECIMIENTO DE TERCEROS	FÁCIL ACCESO A LA INFORMACIÓN POR CONDICIONES DE FALTA DE ESPACIO E INSEGURIDAD	2	2	ALTO	REDUCIR	El técnico administrativo de la Oficina Jurídica, cada que sea solicitado un expediente contractual, con el fin de garantizar la custodia de la carpeta y evitar pérdida de información, registrará su préstamo en libro radicator al cual periódicamente hará monitoreo, si se evidencia documentación faltante, se procede a realizar requerimiento vía correo electrónico al área solicitante, como evidencia se deja observación en el libro radicator	Libro radicator	Técnico Administrativo Oficina Jurídica	Mensual	N. de contratos localizados/N. de contratos perfeccionados	Se realiza la revisión al libro de control de préstamo y se evidencia su correcto diligenciamiento.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	JOSE ABUCHAIBE DIAZ					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO					ORIGINAL FIRMADO				


# SEGUNDO TRIMESTRE


Calle 22 No. 20-22. Tel. (095) 295 31 65, 295 51 74.- Teléfax: 295 48 00, 295 34 04.


Cel. 311 415 71 41, 311 415 71 43.


Página Web: [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co)

E-mail: [gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov](mailto:gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov)


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		LABORATORIO CLÍNICO								FECHA		13/07/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
1	LABORATORIO CLÍNICO	USO INDEBIDO DE LOS INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO PERSONALES	DEBIDO AL CRITERIO PROFESIONAL PARA CONFIABILIDAD Y CALIDAD DE RESULTADOS, ES FÁCIL JUSTIFICAR EL USO INDEBIDO DE LAS PRUEBAS	3	2	EXTREMO	REDUCIR	La Coordinadora del Laboratorio Clínico, trimestralmente, con el fin de garantizar el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico, descargará el informe de registros de facturación del software institucional con el fin de comparar con la información registrada en el kardex e igualmente la información registrada en el formato FR-LAB-47, teniendo en cuenta el porcentaje de gasto para control de calidad interno y externo y validación de pruebas, si se observan diferencias se procede a realizar confirmación en software de laboratorio, como evidencia queda formato de revisión	Formato de revisión FR-LAB-47 diligenciado	Coordinadora del laboratorio clínico	Trimestral	4	Se realiza la verificación del Formato FR-LAB-26 para el periodo de abril a junio del 2023, y se verifica que la coordinadora tiene en cuenta hacer uso controlado del gasto de los insumo que se utilizan en el laboratorio clínico de la ESE Hospital Regional de II de San Marcos. Este control lo realiza haciendo una comparación entre el informe de registros de facturación del software del institución, con la información registrada en el Kardex; garantizando con esto el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	JENNIFFER ÁLVAREZ EALO					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		CARTERA								FECHA		21/07/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
1	CARTERA	PRESCRIPCION DE CARTERA	FALTA DE SEGUIMIENTO A LA CARTERA Y GESTION DE COBRO ANTE LAS ERP	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de cartera, proyecta el oficio de circularización a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuración de la cartera y conciliaciones.	Oficios radicados a la ERP	Coordinador de Cartera	Trimestral	N. oficios radicados a la ERP/ Total de empresas con cartera	En cumplimiento a la circular 030 de 2013, el área de Cartera en el segundo trimestre del año 2023, realizó la Circularización a las ERP, ante la Contaduría General De La Nación, en el Boletín de Deudores Morosos del Estado BDME reporte realizado en el mes de junio de 2023 corte a mayo 2023. Se hace depuración de cartera y conciliaciones para el segundo trimestre.
2	CARTERA	EMISIÓN INCORRECTA DE CERTIFICACIONES DE PAZ Y SALVO PARA LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS CON ERP	DESCONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS E INFORMACIÓN MANEJADOS POR OTRAS OFICINAS Y QUE ESTÁN RELACIONADOS CON LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROXIMOS A LIQUIDARSE	2	2	ALTO	REDUCIR	El líder de cartera, cada que se reciba un acta de liquidación para liquidar un contrato con Entidades Responsables de Pago, con el fin de garantizar el paz y salvo del contratante, emitirá certificado de viabilidad con base en la información suministrada por las áreas de facturación y auditoría de cuentas médicas, si se observan pendientes, se devuelve el acta de liquidación para su corrección, como evidencia quedan las certificaciones emitidas en carpeta del contrato	Carpeta con certificaciones de viabilidad para liquidación de contratos	Lider de cartera	Cada que se solicite la liquidación de un contrato	N. de certificaciones de viabilidad/N. de contratos de prestación de servicios de salud liquidados	Durante el segundo trimestre de 2023 (abril a junio) no se recibieron propuestas de liquidación de contratos con las ERP
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	JOSE ALBERTO FORTICH ARROYO						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLOREZ						ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		PRESUPUESTO								FECHA		12/07/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
4	PRESUPUESTO	EMISION INEXACTA DE CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL POR AFECTACIÓN DE RUBROS QUE NO CORRESPONDEN	FALTA DE EXACTITUD SOBRE EL RUBRO QUE SE DEBE AFECTAR SEGÚN LA NECESIDAD PARA LA CUAL DEBE EMITIRSE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	3	3	EXTREMO	REDUCIR	La persona encargada de la emisión de certificados de disponibilidad presupuestal, cada que se solicite la expedición de este documento, con el fin de garantizar que el rubro que se afecte corresponda a la necesidad a suplir, requerirá el formato de solicitud de CDP totalmente diligenciado en el que deberá estar incluido el objeto y el rubro, si el formato no se encuentra debidamente diligenciado, se devolverá al solicitante sin emitir el CDP, como evidencia se archivan en carpeta las solicitudes de CDP	Carpeta de archivo de solicitudes de CDP	Líder de Presupuesto	Cada que se solicite la emisión de un CDP	N. de solicitudes de CDP/N. de CDP emitidos	Se toma una muestra aleatoria de varios CDP del trimestre en estudio (abril a junio), donde se evidencia que los rubros afectados concuerdan con los códigos presupuestales del año 2023.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	ANDRÉS OLIVARES BALDOVINO					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		TALENTO HUMANO								FECHA		17/07/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
5	TALENTO HUMANO	CONTRATACIÓN DE PERSONAL SIN CUMPLIR LA TOTALIDAD DE REQUISITOS	INTERESES PERSONALES PARA FAVORECER LA CONTRATACIÓN	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de la oficina de talento humano, cada vez que se vaya a realizar un contrato para ingreso de personal nuevo, verificará que se cumpla con el 100% de requisitos establecidos en listas de chequeo, si no se cumple con la totalidad de los requisitos no se realiza la contratación, como evidencia se dejan los formatos diligenciados en la hoja de vida, si la persona no es contratada se deja la evidencia en carpeta de personal no vinculado	Formato lista de chequeo diligenciada	Líder de talento humano	Cada que se realice un contrato de prestación de servicios	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos de prestación de servicios perfeccionados	Se revisa aleatoriamente 3 carpetas del segundo trimestre 2023, de los contratistas: YULIETH PAOLA ATIHAS DIAZ (apoyo en el área ambiental) contrato No 0345/2023, VILMA CECILIA ELLES DOMINGUEZ (Pediatra) contrato No 0381/2023 y JAIRO RAFAEL BENITEZ GARCIA (apoyo en cartera) contrato No 399/2023 evidenciando la lista de chequeo
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	EDELBERTO LUIS AGAMEZ PRASCA					ORIGINAL FIRMADA				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ					ORIGINAL FIRMADA				





		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		TESORERÍA								FECHA		13/07/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
7	TESORERIA	APROPIACIÓN DE DINEROS POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO RECIBIDOS EN CAJA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INECIENTE EVIDENCIA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO	3	2	EXTREMO	REDUCIR	El Tesorero del Hospital, cada vez que le sean entregados dineros en efectivo por concepto de venta de servicios de salud, con el fin de confirmar que la cantidad entregada sea la recaudada, descargará del sistema de información el consolidado de recaudo y lo confrontará con lo recibido en físico, si se observan inconsistencias se informará mediante oficio al área de facturación para la correspondiente investigación, como evidencia se deja en medio magnético el reporte diario generado y en carpeta los oficios remitidos a facturación	Carpeta de cierres de caja y carpeta en medio magnético	Tesorero	Diario	Valor recibido en efectivo/Valor reportado en consolidados de recaudo	Se verifica los archivos magnéticos de los meses de abril, mayo y junio con la carpeta en físico donde se encuentran los paquetes por día que incluyen cierre de caja consolidado, reporte descargado del sistema de información y recibo de consignación. Hasta la fecha no se han observado inconsistencias.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES			se ha presentado que en el portal Sistema Generador de informes cuando se anula un recibo no muestra la descarga, por lo tanto se recomienda realizar el ajuste en el sistema para evitar confusiones.										
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	IVAN JOSE JIMENEZ RICARDO					ORIGINAL FIRMADA				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INES SIERRA FLOREZ					ORIGINAL FIRMADA				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		CONTABILIDAD								FECHA		14/07/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
	CONTABILIDAD	RECEPCIÓN Y CAUSACIÓN DE CUENTAS DE COBRO SIN EL 100% DE LOS REQUISITOS	FAVORECIMIENTOS PERSONALES AL MOMENTO DE RECIBIR CUENTAS SIN LOS DOCUMENTOS EXIGIDOS	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El funcionario encargado de la recepción de cuentas de cobro, cada que un contratista presente el paquete para cobro por prestación de servicios o suministro de bienes o servicios, con el fin de verificar el cumplimiento del 100% de los requisitos exigidos, revisará el formato de cuenta de cobro, el cual debe venir con visto bueno de la oficina de talento humano y la oficina jurídica (a excepción de las cuentas de suministros de bienes o servicios la cual únicamente lleva visto bueno de jurídica), si no se observan estos vistos buenos se devolverá la cuenta al contratista y no será causada, como evidencia queda la firma del responsable de revisión en el formato de cuenta de cobro.	Archivo en tesorería de cuentas de cobro	Contador	Trimestral	N. de cuentas de cobro con visto bueno de talento humano y jurídica/N. de cuentas de cobro causadas	Se revisa aleatoriamente las cuentas de cobro de prestación de servicios o suministros de bienes y servicios del segundo trimestre de 2023 (abril a junio). Evidenciando en las cuentas de cobro de prestación de servicios el visto bueno de la oficina de talento humano, la oficina de jurídica y de contabilidad en el formato de la cuenta de cobro. Para las cuentas de cobro de suministros de bienes y servicios se evidencia el visto bueno de la oficina de jurídica, es importante que las cuentas de cobro de proveedores tengan el visto bueno del responsable de contabilidad de la revisión en el formato de la cuenta de cobro, Como lo tienen las cuentas de prestación de servicios.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	CARLOS DANIEL LARROTA DIAZ					ORIGINAL FIRMADA				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ					ORIGINAL FIRMADA				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		ALMACÉN								FECHA		14/07/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
9	ALMACÉN	INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES EXIGIDAS EN EL CONTRATO	FALTA DE CONTROL AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN EN ALMACÉN	4	2	EXTREMO	REDUCIR	El encargado de la recepción de bienes y/o insumos, cada que ingresen elementos al almacén del hospital, con el fin de garantizar que las especificaciones técnicas correspondan con lo contratado, verificará que lo recibido cumpla, comparándolo directamente con el contrato firmado, si se observan inconsistencias, se devuelve la mercancía al proveedor, como evidencia queda el archivo del documento de recepción en carpeta.	Carpeta de archivo de remisiones y/o facturas	Almacenista	Trimestral	N. de comprobantes de entrada firmados a satisfacción/N. de comprobantes de entrada recibidos	Se revisa la carpeta de los comprobantes de entrada y la AZ de los comprobantes de salida, en el que se archivan los documentos de recepción y salida de bienes y/o insumos del Hospital. Se observa que los comprobantes están debidamente diligenciados, se recuerda que todas las facturas con que se reciben bienes y/o insumos deben estar firmadas por quien realiza la actividad de control. Para los comprobantes de salida, se recomienda que el formato de solicitud de pedido a almacén, esté firmado también por quien autoriza y despacha no solo quien recibe, esto con el fin de tener un mejor control de las salidas de los pedidos de almacén.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	SAID BITAR ORTEGA					ORIGINAL FIRMADA				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ					ORIGINAL FIRMADA				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS								FECHA		12/07/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
10	AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS	BENEFICIOS A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO POR NO TRAMITE DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS	3	2	EXTREMO	REDUCIR	El líder de auditoría médica, trimestralmente, con el fin de llevar la trazabilidad de las glosas o devoluciones recibidas, verificará la recepción, ingreso al sistema y respuesta en cuadro de control en el cual se registrarán las fechas de cada una de estas actividades, si se observan omisiones o inoportunidad se dará el trámite correspondiente de forma inmediata, como evidencia se deja acta de revisión mensual	Acta de revisión	Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se revisa el cuadro de control y acta del segundo trimestre de 2023, las cuales se encuentran archivados de forma digital en el PC del Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas. De igual manera se verifica que el acta de revisión trimestral se encuentra en la carpeta debidamente diligenciada y firmada.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	ESTELA PARDO MOLINA					ORIGINAL FIRMADA				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ					ORIGINAL FIRMADA				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		FACTURACIÓN								FECHA		21/07/2022	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
12	FACTURACION	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RADICACIÓN DE FACTURAS	ALTOS VOLUMENES DE TRABAJO, DESINTERES	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que el proceso de radicación de facturas se realice oportunamente, descargará del sistema de información el reporte de facturas radicadas y el reporte de facturas generadas para su correspondiente cruce, si se observan inconsistencias subsanables, se procede a informar al facturador correspondiente para determinar su causa y proceder a realizar la radicación, como evidencia queda acta mensual de verificación	Acta de revisión	Coordinador de Facturación	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se hace seguimiento en el segundo trimestre del año 2023 a la carpeta donde se archivan las actas de verificación de radicación de facturas se realicen oportunamente, evidenciando las actas con los reportes descargados del sistema de información, como soporte de las revisiones realizadas, soportes que se encuentran archivados de forma digital en el PC del coordinador de Facturación.
13	FACTURACION	SERVICIOS PRESTADOS NO FACTURADOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA OBJETIVIDAD AL MOMENTO DE FACTURAR, DESCONOCIMIENTO DE PROCESOS	5	2	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que los servicios prestados sean incluidos en la factura generada, descargará del sistema de información el reporte de pendientes por facturar, si se evidencian servicios pendientes se informa al facturador correspondiente para determinar la causa y proceder a subsanar el error, como evidencia se deja acta de revisión	Acta de revisión	Coordinador de Facturación	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se verifica la carpeta donde se archivan las actas de verificación de los servicios prestados sean incluidos en la factura generada, evidenciando las actas de los meses de abril, mayo y junio, con los reportes descargados del sistema de información, como soporte de las revisiones realizadas, los cuales se encuentran archivados de forma digital en el PC del coordinador de Facturación.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	ADONAI IGNACIO CALDERA VILLADIEGO					ORIGINAL FIRMADA				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ					ORIGINAL FIRMADA				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		JURÍDICA								FECHA		21/07/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
14	JURIDICA	CONTRATACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS SIN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCOA OBJETIVIDAD EN LA SELECCIÓN DE OFERENTES	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El profesional de la oficina jurídica, cada vez que se va a realizar un contrato, con el fin de garantizar que el oferente cumpla con la totalidad de requisitos exigidos en el manual de contratación, verifica mediante lista de chequeo el cumplimiento de cada uno de los documentos, si se observan falencias en la información susceptibles de modificación, se informa al proveedor para que aporte lo faltante, si se observan incumplimientos que no susceptibles de corrección se detiene el proceso contractual y se selecciona otro contratista, como evidencia se deja lista de chequeo diligenciada en la carpeta del contrato	Archivo en carpeta de contrato	Profesional Oficial Jurídica	Cada que se realice un contrato	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos perfeccionados	Se realiza la revisión de 3 contratos de proveedores aleatoriamente, celebrados en el primer trimestre de 2023, Contrato No 361/2023 OSTEOEQUIPOS SAS, contrato No 378/2023 SINRAGESA y contrato No 401/2023 DISTRIBUCIONES D.R.A. SAS, evidenciándose en los tres, la lista de chequeo con la firma del responsable de la verificación de la documentación contractual.
15	JURIDICA	EXTRACCIÓN O PÉRDIDA DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES PARA FAVORECIMIENTO DE TERCEROS	FÁCIL ACCESO A LA INFORMACIÓN POR CONDICIONES DE FALTA DE ESPACIO E INSEGURIDAD	2	2	ALTO	REDUCIR	El técnico administrativo de la Oficina Jurídica, cada que sea solicitado un expediente contractual, con el fin de garantizar la custodia de la carpeta y evitar pérdida de información, registrará su préstamo en libro radicator al cual periódicamente hará monitoreo, si se evidencia documentación faltante, se procede a realizar requerimiento vía correo electrónico al área solicitante, como evidencia se deja observación en el libro radicator	Libro radicator	Técnico Administrativo Oficina Jurídica	Mensual	N. de contratos localizados/N. de contratos perfeccionados	Se realiza la revisión al libro de control de préstamo y se evidencia su correcto diligenciamiento.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	KATHERINE PATERNINA ARRIETA					ORIGINAL FIRMADA				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ					ORIGINAL FIRMADA				


# **TERCER TRIMESTRE**

Calle 22 No. 20-22. Tel. (095) 295 31 65, 295 51 74.- Teléfax: 295 48 00, 295 34 04.


Cel. 311 415 71 41, 311 415 71 43.


Página Web: [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co)


E-mail: [gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov](mailto:gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov)


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		LABORATORIO CLÍNICO								FECHA		12/10/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
1	LABORATORIO CLÍNICO	USO INDEBIDO DE LOS INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO PERSONALES	DEBIDO AL CRITERIO PROFESIONAL PARA CONFIABILIDAD Y CALIDAD DE RESULTADOS, ES FÁCIL JUSTIFICAR EL USO INDEBIDO DE LAS PRUEBAS	3	2	EXTREMO	REDUCIR	La Coordinadora del Laboratorio Clínico, trimestralmente, con el fin de garantizar el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico, descargará el informe de registros de facturación del software institucional con el fin de comparar con la información registrada en el kardex e igualmente la información registrada en el formato FR-LAB-26, teniendo en cuenta el porcentaje de gasto para control de calidad interno y externo y validación de pruebas, si se observan diferencias se procede a realizar confirmación en software de laboratorio, como evidencia queda formato de revisión diligenciado	Formato de revisión FR-LAB-26 diligenciado	Coordinadora del laboratorio clínico	Trimestral	4	Se realiza la verificación del Formato FR-LAB-26 para el periodo de julio a septiembre del 2023, y se evidencia que la coordinadora hace uso controlado de gasto de los insumo que se utilizan en el laboratorio clínico del Hospital Universitario de Sincelejo E.S.E. sede San Marcos. Este control lo realiza haciendo una comparación entre el informe de registros de facturación del software de la institución, con la información registrada en el Kardex e igualmente la información registrada en el formato FR-LAB-47; garantizando con esto el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	JENNIFER ÁLVAREZ EALO Coordinadora de Laboratorio						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación						ORIGINAL FIRMADO				





		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		CARTERA								FECHA		12/10/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
1	CARTERA	PRESCRIPCION DE CARTERA	FALTA DE SEGUIMIENTO A LA CARTERA Y GESTION DE COBRO ANTE LAS ERP	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de cartera, proyecta el oficio de circularización a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuración de la cartera y conciliaciones.	Oficios radicados a la ERP	Coordinador de Cartera	Trimestral	N. oficios radicados a la ERP/ Total de empresas con cartera	En cumplimiento a la circular 030 de 2013, el área de Cartera en el Tercer trimestre del año 2023, no realizó la Circularización a las ERP, debido a la manifestación por parte de la MINGA indígena, quienes desde el pasado 16 de julio de 2023, a las afueras de las instalaciones de la ESE, fue instalado un grupo de personas protestando en contra del Decreto No. 0420 del 28 de junio de 2023, aduciendo desacuerdo con el proceso de fusión por absorción de los hospitales públicos del departamento de Sucre. Las acciones y decisiones por parte de la comunidad y miembros de los cabildos indígenas "MINGA", no permitió que el personal administrativo y financieros pudieran ingresar a sus puestos de trabajo, lo que impidió el desarrollo de un gran número de actividades corrientes, junto con el adelanto a los reportes que debe realizar la ESE ante los diferentes entes de control y vigilancia, para este caso en particular la Circularización de la Cartera a las ERP, la cual se realiza trimestralmente. Es de anotar que la información necesaria reposa en los equipos de cómputo de cada área y funcionario y a la fecha de hacer la Circularización de la Cartera a las ERP, no se podía ingresar a las oficinas, por lo que muy comedidamente y teniendo en cuenta la situación adversa que se presentó en la entidad, colocho en conocimiento los hechos que imposibilitaron el oportuno y completo reporte de la información.
2	CARTERA	EMISIÓN INCORRECTA DE CERTIFICACIONES DE PAZ Y SALVO PARA LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS CON ERP	DESCONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS E INFORMACIÓN MANEJADOS POR OTRAS OFICINAS Y QUE ESTÁN RELACIONADOS CON LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROXIMOS A LIQUIDARSE	2	2	ALTO	REDUCIR	El líder de cartera, cada que se reciba un acta de liquidación para liquidar un contrato con Entidades Responsables de Pago, con el fin de garantizar el paz y salvo del contratante, emitirá certificado de viabilidad con base en la información suministrada por las áreas de facturación y auditoría de cuentas médicas, si se observan pendientes, se devuelve el acta de liquidación para su corrección, como evidencia quedan las certificaciones emitidas en carpeta del contrato	Carpeta con certificaciones de viabilidad para liquidación de contratos	Líder de cartera	Cada que se solicite la liquidación de un contrato	N. de certificaciones de viabilidad/N. de contratos de prestación de servicios de salud liquidados	Para el Tercer trimestre del año 2023 periodo (julio a septiembre de 2023), entre la ESE Hospital Regional De II Nivel De San Marcos y las (ERP) Mutual Ser y Eps Familiar De Colombia quedo como compromiso la liquidación de contratos para estas EPS; proceso que se encuentra en trámite para por parte de la áreas de FACTURACIÓN, AUDITORIA, COMERCIAL y CARTERA, así mismo con los funcionarios de las ERP, con la finalidad de verificar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones pactadas entre las partes.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	JOSE ALBERTO FORTICH ARROYO Jefe de Cartera					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		PRESUPUESTO								FECHA		12/10/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
4	PRESUPUESTO	EMISION INEXACTA DE CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL POR AFECTACIÓN DE RUBROS QUE NO CORRESPONDEN	FALTA DE EXACTITUD SOBRE EL RUBRO QUE DEBA AFECTARSE SEGÚN LA NECESIDAD PARA LA CUAL DEBE EMITIRSE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	3	3	EXTREMO	REDUCIR	La persona encargada de la emisión de certificados de disponibilidad presupuestal, cada que se solicite la expedición de este documento, con el fin de garantizar que el rubro que se afecte corresponda a la necesidad a suplir, requerirá el formato de solicitud de CDP totalmente diligenciado en el que deberá estar incluido el objeto y el rubro, si el formato no se encuentra debidamente diligenciado, se devolverá al solicitante sin emitir el CDP, como evidencia se archivan en carpeta las solicitudes de CDP	Carpeta de archivo de solicitudes de CDP	Líder de Presupuesto	Cada que se solicite la emisión de un CDP	N. de solicitudes de CDP/N. de CDP emitidos	Se toma una muestra aleatoria de varios CDP del tercer trimestre del 2023, donde se evidencia que los rubros afectados concuerdan con los códigos presupuestales del año 2023.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES			A partir del mes de septiembre por motivos de la Fusión de los Hospitales de San Marcos, Corozal y Betulia con el Universitario de Sincelejo los CDP y RP se están expidiendo desde el HUS										
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	ANDRÉS OLIVARES BALDOVINO Jefe de Presupuesto					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		TALENTO HUMANO								FECHA		12/10/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
5	TALENTO HUMANO	CONTRATACIÓN DE PERSONAL SIN CUMPLIR LA TOTALIDAD DE REQUISITOS	INTERESES PERSONALES PARA FAVORECER LA CONTRATACIÓN	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de la oficina de talento humano, cada vez que se vaya a realizar un contrato para ingreso de personal nuevo, verificará que se cumpla con el 100% de requisitos establecidos en listas de chequeo, si no se cumple con la totalidad de los requisitos no se realiza la contratación, como evidencia se dejan los formatos diligenciados en la hoja de vida, si la persona no es contratada se deja la evidencia en carpeta de personal no vinculado	Formato lista de chequeo diligenciada	Líder de talento humano	Cada que se realice un contrato de prestación de servicios	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos de prestación de servicios perfeccionados	Para el tercer trimestre del 2023 se revisa aleatoriamente 3 carpetas de los contratistas, Abogada JAJAIRA MANUELA RICARDO VALDOVINO contrato 0534/2023, Pediatra EDILBERTO SEGUNDO DAJUD GÓMEZ Contrato 0510/2023 y Médico JULIO ALBERTO GARAVITO ÁLVAREZ contrato 0426/2023, evidenciando la lista de chequeo debidamente diligenciada.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	EDELBERTO LUIS AGAMEZ PRASCA Líder de programa					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INES SIERRA FLOREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		TESORERÍA								FECHA		12/10/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
7	TESORERIA	APROPIACIÓN DE DINEROS POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO RECIBIDOS EN CAJA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INECIENTE EVIDENCIA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO	3	2	EXTREMO	REDUCIR	El Tesorero del Hospital, cada vez que le sean entregados dineros en efectivo por concepto de venta de servicios de salud, con el fin de confirmar que la cantidad entregada sea la recaudada, descargará del sistema de información el consolidado de recaudo y lo confrontará con lo recibido en físico, si se observan inconsistencias se informará mediante oficio al área de facturación para la correspondiente investigación, como evidencia se deja en medio magnético el reporte diario generado y en carpeta los oficios remitidos a facturación	Carpeta de cierres de caja y carpeta en medio magnético	Tesorero	Diario	Valor recibido en efectivo/Valor reportado en consolidados de recaudo	En el tercer trimestre del año 2023 se verifican los archivos magnéticos comparándolos con el físico de las carpetas donde se encuentran los paquetes por día que incluyen cierre de caja consolidado, reporte descargado del sistema de información y recibos de consignación. En este período no se encuentra ninguna inconsistencia.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	EDELBERTO LUIS AGAMEZ PRASCA Tesorero (E)					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INES SIERRA FLOREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		CONTABILIDAD								FECHA		12/10/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
	CONTABILIDAD	RECEPCIÓN Y CAUSACIÓN DE CUENTAS DE COBRO SIN EL 100% DE LOS REQUISITOS	FAVORECIMIENTOS PERSONALES AL MOMENTO DE RECIBIR CUENTAS SIN LOS DOCUMENTOS EXIGIDOS	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El funcionario encargado de la recepción de cuentas de cobro, cada que un contratista presente el paquete para cobro por prestación de servicios o suministro de bienes o servicios, con el fin de verificar el cumplimiento del 100% de los requisitos exigidos, revisará el formato de cuenta de cobro, el cual debe venir con visto bueno de la oficina de talento humano y la oficina jurídica (a excepción de las cuentas de suministros de bienes o servicios la cual únicamente lleva visto bueno de jurídica), si no se observan estos vistos buenos se devolverá la cuenta al contratista y no será causada, como evidencia queda la firma del responsable de revisión en el formato de cuenta de cobro.	Archivo en tesorería de cuentas de cobro	Contador	Trimestral	N. de cuentas de cobro con visto bueno de talento humano y jurídica/N. de cuentas de cobro causadas	Se revisan aleatoriamente cuentas de cobro de prestación de servicios y suministros de bienes y servicios del tercer trimestre de 2023, evidenciando que estas tienen el visto bueno de la oficina de talento humano, jurídica y de contabilidad (cuentas de cobro de prestación de servicios). En cuanto a las cuentas de cobro de suministros de bienes y servicios se evidencia el visto bueno de la oficina de jurídica y contabilidad.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	CARLOS DANIEL LARROTA DIAZ Contador						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación						ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		ALMACÉN								FECHA		12/10/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
9	ALMACÉN	INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES EXIGIDAS EN EL CONTRATO	FALTA DE CONTROL AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN EN ALMACÉN	4	2	EXTREMO	REDUCIR	El encargado de la recepción de bienes y/o insumos, cada que ingresen elementos al almacén del hospital, con el fin de garantizar que las especificaciones técnicas correspondan con lo contratado, verificará que lo recibido cumpla, comparándolo directamente con el contrato firmado, si se observan inconsistencias, se devuelve la mercancía al proveedor, como evidencia queda el archivo del documento de recepción en carpeta.	Carpeta de archivo de remisiones y/o facturas	Almacena	Trimestral	N. de comprobantes de entrada firmados a satisfacción/N. de comprobantes de entrada recibidos	Para el tercer trimestre del 2023 (julio, agosto y septiembre) se revisan los comprobantes de entrada por compra de insumos y los de salida del almacén, observando que estos se encuentran debidamente diligenciados y con la firma de quien realiza la actividad de control en el área de almacén; de igual forma se revisan los comprobantes de salida los cuales se encuentran debidamente diligenciados y firmados por quien solicita los suministros y por quien hace la entrega
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	SAID JOSE BITAR ORTEGA Auxiliar administrativo con funciones jefe de almacen					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS								FECHA		12/10/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
10	AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS	BENEFICIOS A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO POR NO TRAMITE DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS	3	2	EXTREMO	REDUCIR	El líder de auditoría médica, trimestralmente, con el fin de llevar la trazabilidad de las glosas o devoluciones recibidas, verificará la recepción, ingreso al sistema y respuesta en cuadro de control en el cual se registrarán las fechas de cada una de estas actividades, si se observan omisiones o inoportunidad se dará el trámite correspondiente de forma inmediata, como evidencia se deja acta de revisión mensual	Acta de revisión	Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se revisa el cuadro de control y acta del tercer trimestre de 2023, las cuales se encuentran archivados de forma digital en el PC del Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas. De igual manera se verifica el acta de revision trimestral el cual se encuentra en carpeta debidamente diligenciada y firmada.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	STELLA PARDO MOLINA Apoyo auditoría de cuentas medicas					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		FACTURACIÓN								FECHA		12/10/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
12	FACTURACION	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RADICACIÓN DE FACTURAS	ALTOS VOLUMENES DE TRABAJO, DESINTERES	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que el proceso de radicación de facturas se realice oportunamente, descargará del sistema de información el reporte de facturas radicadas y el reporte de facturas generadas para su correspondiente cruce, si se observan inconsistencias subsanables, se procede a informar al facturador correspondiente para determinar su causa y proceder a realizar la radicación, como evidencia queda acta mensual de verificación	Acta de revisión	Coordinador de Facturación	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se hace seguimiento en el tercer trimestre del año 2023 a la carpeta donde se archivan las actas de verificación de radicación de facturas notando que se realizan oportunamente; además se evidencian las actas con los reportes descargados del sistema de información, como soporte de las revisiones realizadas, soportes que se encuentran archivados de forma digital en el PC del coordinador de Facturación.
13	FACTURACION	SERVICIOS PRESTADOS NO FACTURADOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA OBJETIVIDAD AL MOMENTO DE FACTURAR, DESCONOCIMIENTO DE PROCESOS	5	2	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que los servicios prestados sean incluidos en la factura generada, descargará del sistema de información el reporte de pendientes por facturar, si se evidencian servicios pendientes se informa al facturador correspondiente para determinar la causa y proceder a subsanar el error, como evidencia se deja acta de revisión	Acta de revisión	Coordinador de Facturación	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se verifica la carpeta donde se archivan las actas de verificación de los servicios prestados notando que son incluidos en la factura generada, evidenciando las actas del mes de julio, agosto y septiembre, con los reportes descargados del sistema de información, como soporte de las revisiones realizadas, los cuales se encuentran archivados de forma digital en el PC del coordinador de Facturación.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	ADONAI IGNACIO CALDERA VILLADIEGO Coordinador de Facturación					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				



		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		JURÍDICA								FECHA		12/10/2023	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
14	JURIDICA	CONTRATACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS SIN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA OBJETIVIDAD EN LA SELECCIÓN DE OFERENTES	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El profesional de la oficina jurídica, cada vez que se va a realizar un contrato, con el fin de garantizar que el oferente cumpla con la totalidad de requisitos exigidos en el manual de contratación, verifica mediante lista de chequeo el cumplimiento de cada uno de los documentos, si se observan falencias en la información susceptibles de modificación, se informa al proveedor para que aporte lo faltante, si se observan incumplimientos que no susceptibles de corrección se detiene el proceso contractual y se selecciona otro contratista, como evidencia se deja lista de chequeo diligenciada en la carpeta del contrato	Archivo en carpeta de contrato	Profesional Oficial Jurídica	Cada que se realice un contrato	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos perfeccionados	Se realiza la revisión de 3 contratos de proveedores aleatoriamente, celebrados de julio a septiembre del 2023, Contrato 0420/2023 ANESQUIMED S.A.S. - contrato 0500/2023 MATERIALES F1 - CONTRATO 0538 SINTRAGESA; evidenciándose en los 3, la lista de chequeo con la firma del responsable de la verificación de la documentación contractual.
15	JURIDICA	EXTRACCIÓN O PÉRDIDA DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES PARA FAVORECIMIENTO DE TERCEROS	FÁCIL ACCESO A LA INFORMACIÓN POR CONDICIONES DE FALTA DE ESPACIO E INSEGURIDAD	2	2	ALTO	REDUCIR	El técnico administrativo de la Oficina Jurídica, cada que sea solicitado un expediente contractual, con el fin de garantizar la custodia de la carpeta y evitar pérdida de información, registrará su préstamo en libro radicador al cual periódicamente hará monitoreo, si se evidencia documentación faltante, se procede a realizar requerimiento vía correo electrónico al área solicitante, como evidencia se deja observación en el libro radicador	Libro radicador	Técnico Administrativo Oficina Jurídica	Mensual	N. de contratos localizados/N. de contratos perfeccionados	Se hace la revisión al libro de control de préstamo y se evidencia su correcto diligenciamiento.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	KATHERINE PATERNINA ARRIETA Asesora Jurídico						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación						ORIGINAL FIRMADO				


# **CUARTO TRIMESTRE**


Calle 22 No. 20-22. Tel. (095) 295 31 65, 295 51 74.- Teléfax: 295 48 00, 295 34 04.


Cel. 311 415 71 41, 311 415 71 43.


Página Web: [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co)


E-mail: [gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov](mailto:gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov)


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		LABORATORIO CLÍNICO								FECHA		15/01/2024	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
1	LABORATORIO CLÍNICO	USO INDEBIDO DE LOS INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO PERSONALES	DEBIDO AL CRITERIO PROFESIONAL PARA CONFIABILIDAD Y CALIDAD DE RESULTADOS, ES FÁCIL JUSTIFICAR EL USO INDEBIDO DE LAS PRUEBAS	3	2	EXTREMO	REDUCIR	La Coordinadora del Laboratorio Clínico, trimestralmente, con el fin de garantizar el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico, descargará el informe de registros de facturación del software institucional con el fin de comparar con la información registrada en el kardex e igualmente la información registrada en el formato FR-LAB-26, teniendo en cuenta el porcentaje de gasto para control de calidad interno y externo y validación de pruebas, si se observan diferencias se procede a realizar confirmación en software de laboratorio, como evidencia queda formato de revisión diligenciado	Formato de revisión FR-LAB-26 diligenciado	Coordinadora del laboratorio clínico	Trimestral	4	Se realiza la verificación del Formato FR-LAB-26 para el cuarto trimestre del 2023, y se evidencia que la coordinadora hace uso controlado de gasto de los insumo que se utilizan en el laboratorio clínico. Este control lo realiza haciendo una comparación entre el informe de registros de facturación del software de la institución, con la información registrada en el Kardex e igualmente la información registrada en el formato FR-LAB-26; garantizando con esto el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	INDIRA PADILLA ARROYO Coordinadora de Laboratorio						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación						ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		CARTERA								FECHA		15/01/2024	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
1	CARTERA	PRESCRIPCION DE CARTERA	FALTA DE SEGUIMIENTO A LA CARTERA Y GESTION DE COBRO ANTE LAS ERP	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de cartera, proyecta el oficio de circularización a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuración de la cartera y conciliaciones.	Oficios radicados a la ERP	Coordinador de Cartera	Trimestral	N. oficios radicados a la ERP/ Total de empresas con cartera	En cumplimiento a la circular 030 de 2013, el área de Cartera en el Cuarto trimestre del año 2023, realizó oficios de Circularización a las ERP, donde se solicitó los soportes de pagos incluyendo descuentos por concepto de embargos sobre recursos dirigidos a la ESE. También realizó la Circularización a las ERP, ante la Contaduría General de la Nación, en el Boletín de Deudores Morosos del Estado BDME reporte realizado en el mes de diciembre de 2023 corte a noviembre 2023. Como soporte de evidencia se anexan oficios en formato PDF y formato Excel la relación de las Entidades que se reportaron en el Boletín de Deudores Morosos del Estado BDME.
2	CARTERA	EMISIÓN INCORRECTA DE CERTIFICACIONES DE PAZ Y SALVO PARA LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS CON ERP	DESCONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS E INFORMACIÓN MANEJADOS POR OTRAS OFICINAS Y QUE ESTÁN RELACIONADOS CON LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROXIMOS A LIQUIDARSE	2	2	ALTO	REDUCIR	El líder de cartera, cada que se reciba un acta de liquidación para liquidar un contrato con Entidades Responsables de Pago, con el fin de garantizar el paz y salvo del contratante, emitirá certificado de viabilidad con base en la información suministrada por las áreas de facturación y auditoría de cuentas médicas, si se observan pendientes, se devuelve el acta de liquidación para su corrección, como evidencia quedan las certificaciones emitidas en carpeta del contrato	Carpeta con certificaciones de viabilidad para liquidación de contratos	Líder de cartera	Cada que se solicite la liquidación de un contrato	N. de certificaciones de viabilidad/N. de contratos de prestación de servicios de salud liquidados	Para el Cuarto trimestre del año 2023 periodo (octubre a diciembre de 2023), entre la Ese Hospital Regional De II Nivel De San Marcos-en Fusión y, las y (ERP) Mutual Ser y Eps Familiar De Colombia en el tercer trimestre quedo como compromiso la liquidación de contratos para estas EPS; proceso que se encuentra en trámite para por parte de las áreas de FACTURACION, AUDITORIA, COMERICAL y CARTERA, así mismo con los funcionarios de las ERP, con la finalidad de verificar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones pactadas entre las partes.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	JOSE ALBERTO FORTICH ARROYO Jefe de Cartera						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación						ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		PRESUPUESTO								FECHA		15/01/2024	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
4	PRESUPUESTO	EMISION INEXACTA DE CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL POR AFECTACIÓN DE RUBROS QUE NO CORRESPONDEN	FALTA DE EXACTITUD SOBRE EL RUBRO QUE DEBA AFECTARSE SEGÚN LA NECESIDAD PARA LA CUAL DEBE EMITIRSE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	3	3	EXTREMO	REDUCIR	La persona encargada de la emisión de certificados de disponibilidad presupuestal, cada que se solicite la expedición de este documento, con el fin de garantizar que el rubro que se afecte corresponda a la necesidad a suplir, requerirá el formato de solicitud de CDP totalmente diligenciado en el que deberá estar incluido el objeto y el rubro, si el formato no se encuentra debidamente diligenciado, se devolverá al solicitante sin emitir el CDP, como evidencia se archivan en carpeta las solicitudes de CDP	Carpeta de archivo de solicitudes de CDP	Líder de Presupuesto	Cada que se solicite la emisión de un CDP	N. de solicitudes de CDP/N. de CDP emitidos	En el cuarto trimestre del 2023 no se expidieron CDP en la oficina de presupuesto de la Sede San Marcos, ya que estos pasaron a ser emitidos desde el HUS desde el mes de septiembre por encontrarnos en el proceso de Fusión.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	ANDRÉS OLIVARES BALDOVINO Jefe de Presupuesto					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		TALENTO HUMANO								FECHA		15/01/2024	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
5	TALENTO HUMANO	CONTRATACIÓN DE PERSONAL SIN CUMPLIR LA TOTALIDAD DE REQUISITOS	INTERESES PERSONALES PARA FAVORECER LA CONTRATACIÓN	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de la oficina de talento humano, cada vez que se vaya a realizar un contrato para ingreso de personal nuevo, verificará que se cumpla con el 100% de requisitos establecidos en listas de chequeo, si no se cumple con la totalidad de los requisitos no se realiza la contratación, como evidencia se dejan los formatos diligenciados en la hoja de vida, si la persona no es contratada se deja la evidencia en carpeta de personal no vinculado	Formato lista de chequeo diligenciada	En el cuarto trimestre del 2023 se revisan aleatoriamente 3 carpetas de los contratistas, Abogada GABRIELA MARIA ARROYO BARCENA contrato 0650/2023, Oftalmólogo HUMBERTO JOSE ROSA GARCIA Contrato 0637/2023 y Médico General JESUS DANIEL SANTANDER RUIZ RAMOS	Cada que se realice un contrato de prestación de servicios	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos de prestación de servicios perfeccionados	En el cuarto trimestre del 2023 se revisan aleatoriamente 3 carpetas de los contratistas, Abogada GABRIELA MARIA ARROYO BARCENA contrato 0650/2023, Oftalmólogo HUMBERTO JOSE ROSA GARCIA Contrato 0637/2023 y Médico General JESUS DANIEL SANTANDER RUIZ RAMOS contrato 0632/2023, evidenciando la lista de chequeo debidamente diligenciada y el cumplimiento del 100% de los requisitos enumerados en la lista.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	EDELBERTO LUIS AGAMEZ PRASCA Líder de programa					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INES SIERRA FLOREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		TESORERÍA								FECHA		15/01/2024	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
7	TESORERIA	APROPIACIÓN DE DINEROS POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO RECIBIDOS EN CAJA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INECIENTE EVIDENCIA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO	3	2	EXTREMO	REDUCIR	El Tesorero del Hospital, cada vez que le sean entregados dineros en efectivo por concepto de venta de servicios de salud, con el fin de confirmar que la cantidad entregada sea la recaudada, descargará del sistema de información el consolidado de recaudo y lo confrontará con lo recibido en físico, si se observan inconsistencias se informará mediante oficio al área de facturación para la correspondiente investigación, como evidencia se deja en medio magnético el reporte diario generado y en carpeta los oficios remitidos a facturación	Carpeta de cierres de caja y carpeta en medio magnético	Tesorero	Diario	Valor recibido en efectivo/Valor reportado en consolidados de recaudo	En el cuarto trimestre del año 2023 se verifican los archivos magnéticos comparándolos con el físico de las carpetas donde se encuentran los paquetes por día que incluyen cierre de caja consolidado, reporte descargado del sistema de información y recibos de consignación. En este período no se encuentra ninguna inconsistencia.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	EDELBERTO LUIS AGAMEZ PRASCA Tesorero (E)					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INES SIERRA FLOREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				


		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		CONTABILIDAD								FECHA		15/01/2024	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
	CONTABILIDAD	RECEPCIÓN Y CAUSACIÓN DE CUENTAS DE COBRO SIN EL 100% DE LOS REQUISITOS	FAVORECIMIENTOS PERSONALES AL MOMENTO DE RECIBIR CUENTAS SIN LOS DOCUMENTOS EXIGIDOS	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El funcionario encargado de la recepción de cuentas de cobro, cada que un contratista presente el paquete para cobro por prestación de servicios o suministro de bienes o servicios, con el fin de verificar el cumplimiento del 100% de los requisitos exigidos, revisará el formato de cuenta de cobro, el cual debe venir con visto bueno de la oficina de talento humano y la oficina jurídica (a excepción de las cuentas de suministros de bienes o servicios la cual únicamente lleva visto bueno de jurídica), si no se observan estos vistos buenos se devolverá la cuenta al contratista y no será causada, como evidencia queda la firma del responsable de revisión en el formato de cuenta de cobro.	Archivo en tesorería de cuentas de cobro	Contador	Trimestral	N. de cuentas de cobro con visto bueno de talento humano y jurídica/N. de cuentas de cobro causadas	Se revisan aleatoriamente cuentas de cobro de prestación de servicios y suministros de bienes y servicios del cuarto trimestre de 2023, evidenciando que estas tienen el visto bueno de la oficina de talento humano, jurídica y de contabilidad (cuentas de cobro de prestación de servicios). En cuanto a las cuentas de cobro de suministros de bienes y servicios se evidencia el visto bueno de la oficina de jurídica y contabilidad.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	CARLOS DANIEL LARROTA DIAZ Contador						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación						ORIGINAL FIRMADO				




		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		ALMACÉN								FECHA		15/01/2024	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
9	ALMACÉN	INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES EXIGIDAS EN EL CONTRATO	FALTA DE CONTROL AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN EN ALMACÉN	4	2	EXTREMO	REDUCIR	El encargado de la recepción de bienes y/o insumos, cada que ingresen elementos al almacén del hospital, con el fin de garantizar que las especificaciones técnicas correspondan con lo contratado, verificará que lo recibido cumpla, comparándolo directamente con el contrato firmado, si se observan inconsistencias, se devuelve la mercancía al proveedor, como evidencia queda el archivo del documento de recepción en carpeta.	Carpeta de archivo de remisiones y/o facturas	Almacena	Trimestral	N. de comprobantes de entrada firmados a satisfacción/N. de comprobantes de entrada recibidos	Para el cuarto trimestre del 2023 (octubre, noviembre y diciembre) se revisan los comprobantes de entrada por compra de insumos y los de salida del almacén, observando que estos se encuentran debidamente diligenciados y con la firma de quien realiza la actividad de control en el área de almacén; de igual forma se revisan los comprobantes de salida los cuales se encuentran debidamente diligenciados y firmados por quien solicita los suministros y por quien hace la entrega
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	SAID JOSE BITAR ORTEGA Auxiliar administrativo con funciones jefe de almacen					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS								FECHA		15/01/2024	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
10	AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS	BENEFICIOS A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO POR NO TRAMITE DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS	3	2	EXTREMO	REDUCIR	El líder de auditoría médica, trimestralmente, con el fin de llevar la trazabilidad de las glosas o devoluciones recibidas, verificará la recepción, ingreso al sistema y respuesta en cuadro de control en el cual se registrarán las fechas de cada una de estas actividades, si se observan omisiones o inoportunidad se dará el trámite correspondiente de forma inmediata, como evidencia se deja acta de revisión mensual	Acta de revisión	Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se revisa el cuadro de control y acta del cuarto trimestre de 2023, las cuales se encuentran archivados de forma digital en el PC del Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas. De igual manera se verifica el acta de revisión trimestral el cual se encuentra en carpeta debidamente diligenciada y firmada.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	STELLA PARDO MOLINA Apoyo auditoría de cuentas medicas						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación						ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		FACTURACIÓN								FECHA		15/01/2024	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
12	FACTURACION	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RADICACIÓN DE FACTURAS	ALTOS VOLUMENES DE TRABAJO, DESINTERES	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que el proceso de radicación de facturas se realice oportunamente, descargará del sistema de información el reporte de facturas radicadas y el reporte de facturas generadas para su correspondiente cruce, si se observan inconsistencias subsanables, se procede a informar al facturador correspondiente para determinar su causa y proceder a realizar la radicación, como evidencia queda acta mensual de verificación	Acta de revisión	Coordinador de Facturación	Trimestral	4 Actas de Revisión	Para el cuarto trimestre del año 2023, al momento de hacer el seguimiento al PAAC; en el área de facturación aun no han terminado de radicar las facturas; por lo que el líder del proceso informa que el acta de radicación correspondiente al a este trimestre será enviado el viernes 20 de enero, fecha en que se genera el informe de radicación.
13	FACTURACION	SERVICIOS PRESTADOS NO FACTURADOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA OBJETIVIDAD AL MOMENTO DE FACTURAR, DESCONOCIMIENTO DE PROCESOS	5	2	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que los servicios prestados sean incluidos en la factura generada, descargará del sistema de información el reporte de pendientes por facturar, si se evidencian servicios pendientes se informa al facturador correspondiente para determinar la causa y proceder a subsanar el error, como evidencia se deja acta de revisión	Acta de revisión	Coordinador de Facturación	Trimestral	4 Actas de Revisión	Se revisa la carpeta donde se archivan las actas de verificación de los servicios prestados notando que son incluidos en la factura generada, evidenciando le acta del cuarto trimestre del 2023, con los reportes descargados del sistema de información, como soporte de las revisiones realizadas, los cuales se encuentran archivados de forma digital en el PC del coordinador de Facturación.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	ADONAI IGNACIO CALDERA VILLADIEGO Coordinador de Facturación					ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación					ORIGINAL FIRMADO				

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								Versión 1		Código FR-PDE-01	
		FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado	
PROCESO		JURÍDICA								FECHA		15/01/2024	
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
14	JURIDICA	CONTRATACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS SIN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA OBJETIVIDAD EN LA SELECCIÓN DE OFERENTES	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El profesional de la oficina jurídica, cada vez que se va a realizar un contrato, con el fin de garantizar que el oferente cumpla con la totalidad de requisitos exigidos en el manual de contratación, verifica mediante lista de chequeo el cumplimiento de cada uno de los documentos, si se observan falencias en la información susceptibles de modificación, se informa al proveedor para que aporte lo faltante, si se observan incumplimientos que no susceptibles de corrección se detiene el proceso contractual y se selecciona otro contratista, como evidencia se deja lista de chequeo diligenciada en la carpeta del contrato	Archivo en carpeta de contrato	Profesional Oficial Jurídica	Cada que se realice un contrato	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos perfeccionados	Se realiza la revisión de 3 contratos de proveedores aleatoriamente, celebrados de julio a septiembre del 2023, Contrato 0659/2023 BIOLMEC S.A.S. - contrato 0661/2023 DISTRIBUCIONES D.R.A. S.A.S. - Contrato 0665/2023 DIAGNOSTILAB VM SAS; evidenciándose en los 3, la lista de chequeo con la firma del responsable de la verificación de la documentación contractual.
15	JURIDICA	EXTRACCIÓN O PÉRDIDA DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES PARA FAVORECIMIENTO DE TERCEROS	FÁCIL ACCESO A LA INFORMACIÓN POR CONDICIONES DE FALTA DE ESPACIO E INSEGURIDAD	2	2	ALTO	REDUCIR	El técnico administrativo de la Oficina Jurídica, cada que sea solicitado un expediente contractual, con el fin de garantizar la custodia de la carpeta y evitar pérdida de información, registrará su préstamo en libro radicador al cual periódicamente hará monitoreo, si se evidencia documentación faltante, se procede a realizar requerimiento vía correo electrónico al área solicitante, como evidencia se deja observación en el libro radicador	Libro radicador	Técnico Administrativo Oficina Jurídica	Mensual	N. de contratos localizados/N. de contratos perfeccionados	Se hace la revisión al libro de control de préstamo y se evidencia su correcto diligenciamiento.
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES													
RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE	KATHERINE PATERNINA ARRIETA Asesora Jurídico						ORIGINAL FIRMADO				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ Profesional de apoyo en el proceso de planeación						ORIGINAL FIRMADO				

HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	
PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL	
VIGENCIA 2023	
<a href="#"><u>1. PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL</u></a>	
<a href="#"><u>2. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO – PAAC</u></a>	
<a href="#"><u>3. PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN – PETI</u></a>	
<a href="#"><u>4. PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS – PINAR</u></a>	
<a href="#"><u>5. PLAN ANUAL DE PREVISIÓN</u></a>	
<a href="#"><u>6. PLAN ANUAL DE VACANTES</u></a>	
<a href="#"><u>7. PLAN DE CAPACITACIONES</u></a>	
<a href="#"><u>8. PLAN DE BIENESTAR</u></a>	
<a href="#"><u>9. PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN</u></a>	
<a href="#"><u>10. PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGO DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN</u></a>	
<a href="#"><u>11. PLAN DE TRABAJO SST</u></a>	
<a href="#"><u>12. PLAN OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES – POAI</u></a>	
<a href="#"><u>13. PLAN ESTRATÉGICO DE TALENTO HUMANO</u></a>	
<a href="#"><u>14. PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES</u></a>	
<a href="#"><u>15. PLAN ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA BASADA EN RIESGOS</u></a>	
<a href="#"><u>16. PLAN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS</u></a>	

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE							VERSION 1		DOCUMENTO CONTROLADO		
		PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2023							FECHA VIGENCIA 30/ 01/2023		CODIGO PL-PDE-03		
ITEM	COMPONENTE	AREA	LINEAS DE ACCION	INDICADORES DE GESTION	DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	SOPORTE Y/O EVIDENCIA	Objetivo	Meta del periodo	Meta Cuantitativa	Periodicidad de medición	Actividades	Fecha de Inicio de la actividad (DD/MM/AA)	Fecha de Terminación de la actividad (DD/MM/AA)
1		Recursos Físicos	Fortalecer los procesos de mantenimiento preventivo y correctivo de la entidad	Porcentaje de cumplimiento de programa de mantenimiento preventivo en la entidad	Activiades ejecutadas*100/actividades programadas	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y subgerente científico o quien haga sus veces, donde conste las actividades programadas de mantenimiento preventivo del mes y las actividades de mantenimiento o ejecutadas( esto aplica tanto para infraestructura, dotación e información, en observancia de la Circular Externa 29 de 1997 expedida por la	Formular y Ejecutar el Plan de Mantenimientos preventivo y Correctivo de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos de acuerdo a la Normatividad	Plan Formulado y ejecución del 100% del Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo	100%	Mensual	Planificar, ejecutar y hacerle seguimiento mensual al plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos	1/01/2023	31/12/2023

2					Monto de deuda por descuentos de nómina	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondiente a descuentos de nómina no pagados	Estados financieros firmados y certificación discriminada de la deuda por descuentos de nómina al cierre del período reportado, suscrita por el contador y subdirector administrativo y/o financiero o quien haga sus veces.	Garantizar el pago oportuno de las obligaciones salariales del personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos	Pago de 100% de la deuda de Salarios, prestaciones sociales y parafiscales.	100%	Mensual	<p>Verificar de manera fiable el valor de la deuda salarial y prestacional del personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos</p> <p>Liquidar el monto de la deuda salarial, prestacional y parafiscal del personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.</p> <p>Gestionar el recurso económico para el pago oportuno de</p>	1/01/2023	31/12/2023
---	--	--	--	--	---	---	--	--	---	------	---------	---	-----------	------------

3	Administrativo
---	----------------

Fortalecer los procesos de selección, vinculación y mantenimiento del talento	Monto de la deuda a contratistas directos	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondiente a servicios personales indirectos	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondiente a servicios personales indirectos	Cumplir con las obligaciones financieras generadas con los contratistas directos a través de acuerdos de pago minimizando el riesgo de la sostenibilidad económica y financiera de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos	realizar el pago de manera oportuna del valor causado a contratistas	100%	Mensual	Lograr que los contratistas directos legalicen las cuentas de forma gradual  Causar las cuentas legalizadas que se adquirieron con los contratistas directos de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.  Gestionar recursos para el pago de la deuda que se tiene con los contratistas directos de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.	1/01/2023	31/12/2023
---	---	---	---	--	--	------	---------	--	-----------	------------



4		Talento Humano	humano, reorganizar el área y sanear las deudas laborales incluyendo aportes patronales	Monto de la deuda de aportes a seguridad social	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondiente a aportes de seguridad social no pagados	Planilla de pago. Estados financieros firmados y certificación discriminada de la deuda de aportes a seguridad social al cierre del período reportado, suscrita por el contador y subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces.	Garantizar el pago oportuno de las obligaciones salariales del personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos	Pago de 100% de la deuda de Salarios, prestaciones sociales y parafiscales.	100%	Mensual	Verificar de manera fiable el valor de la deuda salarial y prestacional del personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.  Liquidar el monto de la deuda	1/01/2023	31/12/2023
				Monto de la deuda de parafiscales	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondiente a pagos de aportes parafiscales no pagados	Planilla de pago. Estados financieros firmados y certificación discriminada de la deuda de aportes parafiscales al cierre del período reportado, suscrita por el contador y subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces.			100%	Mensual	salarial, prestacional y parafiscal del personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.  Gestionar el recurso económico para el pago oportuno de las obligaciones salariales del personal de planta de la ESE Hospital	1/01/2023	31/12/2023

6				Monto de la deuda de salarios	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondiente a salarios y prestaciones sociales del personal de planta	Estados financieros firmados y certificación discriminada de la deuda de salarios y prestaciones sociales al cierre del período reportado, suscrita por el contador y subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces.			100%	Mensual	Regional II Nivel de San Marcos.  Pagar las deuda de deuda salarial al personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.	1/01/2023	31/12/2023
7		Corregir las pérdidas del ejercicio y recuperar financieramente la entidad	Utilidad o pérdidas acumuladas del período	Valor registrado al cierre del período en los estados financieros	Estados de Resultados firmado.	Presentar el verdadero resultado de la operación tenidno en cuenta las operaciones no reconocidas en vigencias anteriores	dar a conocer el resultado del ejercicio.		100%	Mensual	Reconocer todas las operaciones financieras de la entidad.	1/01/2023	31/12/2023



10	
----	--

Sanear las deudas acumuladas de la vigencia y vigencias anteriores	Monto acumulado de cuentas por pagar	Valor registrado al cierre del período en los estados financieros	Estados financieros firmados y certificación suscrita por el contador y subgerente administrativo y/o financiero, con el detalle de la deuda.	reconocer la totalidad de las obligaciones de la ESE e iniciar un plan de pagos conforme al flujo de recursos recibidos por las gestiones realizadas en la intervención	Que el monto de las cuentas por pagar, no superen el costo de 3 meses de de operación corriente. (\$4.500 millones promedio) .	100%	Mensual	Relacionar las cuentas por pagar registradas en los estados financieros listos para giro, discriminados por tercero, valor y modalidad (honorarios, servicios, proveedores)  Comparación de las cuentas por pagar registrados en los estados financieros, con los compromisos registrados en el presupuesto el cual se suscribe en el contrato de cada una de	1/01/2023	31/12/2023
--	--------------------------------------	---	---	---	--	------	---------	---	-----------	------------

11					Días de Rotación de cartera	Días del período / Valor de ventas a crédito en el periodo / Promedio de cuentas por cobrar	Certificación suscrita por el contador, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Reporte de cartera detallada por edades	Disminuir los días de rotación en la cartera presentada en la línea base, objeto de mejora	disminuir en un 50% el total de la rotacion de la cartera Para el 2023	100%	Mensual	<p>Revisar la cartera frente a su cobrabilidad, versus costo beneficio</p> <p>Realizar jornadas de conciliación y ajustes por procesos de glosas para disminuir el riesgo de perdida por objeciones</p> <p>Iniciar un plan de recaudo con los principales pagadores, además de ajustar a los verdaderos valores cobrables al corto plazo</p>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	--	-----------------------------	---	---	--	--	------	---------	--	-----------	------------



13	
14	

Porcentaje de glosa definitiva	Valor de glosa definitiva a la facturación del período*100/ Valor total de facturación del período	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero, responsable de auditoría de cuentas o quien haga sus veces y contador, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica	Mantener la glosa dentro del parametro establecido del 2%.	Para la vigencia 2023, la glosa definitiva será menor al 2% por medio de la vinculación de personal médico especializado en contestación de glosas	2%	Mensual	Contestar oportunamente cada una de las objeciones  Iniciar inventario de las causas de las oglosas definitivas en vigencias anteriores  Realizar estudio para cada una de las pertinencias de las aceptaciones y por ende evitar que no se presente de nuevo	1/01/2023	31/12/2023
Porcentaje de objeción	Valor de objeción a la facturación del período*100/ Valor total de facturación del período	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero y responsable de auditoría de cuentas o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica	Mejorar el porcentaje de objeción inicial partiendo de una facturación sin dudas, con esto iniciar un plan de recaudo y posteriormente saneamiento de pagos	Mantener el indicador por debajo del 15% de la glosa inicial.	9,00%	Mensual	realizar inventario de las actuales objeciones, dando respuesta, evaluando con estas evitar que se presenten nuevamente	1/01/2023	31/12/2023

15				Balance presupuestal con recaudo (Obligaciones)	Ingresos recaudados totales acumulados al período informado/ Obligaciones totales acumuladas al período informado	Ejecución presupuestal mensual y acumulada firmada y Certificación y anexo suscritos por el responsable del área y subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	realizar las actividades pertinentes para intentar comprometer con base a los recaudos y no al reconocimient o de la facturación	Reducir el deficit presupuestal y de caja, con el fin de acercar el indicador al equilibrio presupuestal en la	0,80	Mensual	Unificar mensualment e una conciliación entre las áreas de contabilidad, cartera y presupuesto, para determinar los saldos comprometid os versus registros contables.  Realizar revisión de la totalidad los compromisos presupuestale s de la vigencia.  Para los compromisos registrados, pero no ejecutados, realizar las	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	--	---	---	--	---	------	---------	--	-----------	------------





17	Jurídico	Defensa	Fortalecer la defensa	Porcentaje recuperación títulos valores	Valor en pesos de títulos judiciales recuperados* 100/valor total en pesos de títulos por recuperar	Certificación expedida por el Banco Agrario (trimestral) Certificación suscrita por el contador y jefe del área jurídica o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Mantener el porcentaje de recuperación de los títulos valores a favor de la Entidad	Recuperar el 100% del total de títulos valores	100%	Mensual	<p>Oficiar a las Entidades Bancarias y Despachos Judiciales para establecer la existencia de títulos ejecutivos.</p> <p>Direccionar oficios a los Despachos Judiciales, en aras de que se informe, si existen títulos por recuperar con ocasión a procesos ejecutivos existentes.</p> <p>De existir títulos ejecutivos oficiar a cada una de las entidades para llevar a</p>	1/01/2023	31/12/2023
----	----------	---------	-----------------------	---	---	--	---	--	------	---------	--	-----------	------------

18		Judicial	Verificación judicial	Procesos judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las tutelas.	Total de actuaciones en procesos judiciales durante el período dentro del término legal*100/Número total de procesos objeto de actuación en el período	Certificación suscrita por el jefe del área jurídica o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica, anexando base de datos de los procesos judiciales. Base de datos diligenciada de los procesos - 18-1	Fortalecer de manera integral las políticas de defensa judicial de la ESE Hospital Regional II Nivel San Marcos	100% del total de Procesos judiciales contestados dentro del término legal de conformidad con la política de defensa judicial de la entidad	100%	Mensual	Discriminar el estado actual de los procesos judiciales en los que interviene la entidad como demandante, y demandada  Verificar la fecha que tiene el apoderado judicial para dar contestación a las acciones, corroborando el cumplimiento en términos.  Relacionar el estado de cada proceso, sea vigente, fallado a favor o en contra de la	1/01/2023	31/12/2023
19		Mercadeo	Revisión y ajuste de mecanismos de venta de servicios a	Valor de facturación del periodo	Valor de ventas realizadas en el periodo	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Reporte de facturación del período.	La facturación promedio mensual no podrá ser inferior a los \$900 millones.	La facturación promedio mensual no podrá ser inferior a los \$900 millones.	100%	Mensual	Desarrollar estrategias de mercadeo que permitan alcanzar las metas de facturación	1/01/2023	31/12/2023

20	Mercadeo		diferentes pagadores	Porcentaje de cumplimiento en la meta de facturación del periodo	Valor de ventas realizadas en el periodo*100/ Valor de ventas estimadas en el periodo	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	La facturación promedio mensual no podrá ser inferior a los \$900 millones.	La facturación promedio mensual no podrá ser inferior a los \$900 millones.	100,00%	Mensual	Formular y Desarrollar un Plan de ventas institucional	1/01/2023	31/12/2023
21		Servicio al Cliente	Mejorar la percepción de calidad de servicios por parte de los usuarios	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la x 100%	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?"/Número de usuarios que respondieron la pregunta	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Medir y Mejorar de manera gradual la percepción de satisfacción del usuario	Lograr que el indicador de percepción de satisfacción del usuario se ubique en un 100%	95,00%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoptar estrategias de socialización de los derechos y deberes de los usuarios.</li> <li>- Realizar encuestas de satisfacción y socializar los resultados de la medición, a los usuarios internos y externos de la ESE Hospital Regional II Nivel San Marcos.</li> <li>- Implementar estrategias de motivación a los usuarios a manifestar las PQRS, a través de los buzones y oficina SIAU</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023

22		Efectividad de	Mejorar los indicadores de morbi mortalidad en	Tasa de mortalidad materna	Número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales * 100000/Número total de nacidos vivos	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Se deben anexar las actas de los comités de mortalidad en donde se especifique si la muerte era o no evitable.	Controlar la mortalidad materna	Mantener en 0 x 1.000 RNV la tasa de mortalidad materna	0 x 1000 N.V.	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- análisis de los casos de 100 % de los casos presentados</li> <li>- Implementar mecanismos de retroalimentación hacia los actores involucrados en casos de mortalidad materna.</li> <li>- Socialización y evaluación de adherencia a guías de atención del parto.</li> <li>- Adoptar las Guías de práctica clínica para control prenatal y atención del parto</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	----------------	--	----------------------------	---	---	---------------------------------	---	---------------	---------	--	-----------	------------

23		la atención	mortalidad en la población usuaria o afiliada	Tasa de mortalidad perinatal	Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento./Número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Se deben anexar las actas de los comités de mortalidad en donde se especifique si la muerte era o no evitable.	Controlar la mortalidad perinatal	Mantener por debajo de 5 x 1.000 RNV la tasa de mortalidad perinatal	0 x 1000 N.V	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar el control post natal institucional obligatorio en los casos de nacidos vivos en el Hospital</li> <li>- Implementar mecanismos de retroalimentación hacia los actores involucrados en casos de mortalidad perinatal.</li> <li>- adoptar Guías de práctica clínica para control prenatal y atención del parto</li> <li>- socializar y evaluar adherencia</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	-------------	---	------------------------------	---	---	-----------------------------------	--	--------------	---------	---	-----------	------------

24				<p>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (días)</p>	<p>Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha en que es atendido por el especialista. /Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución</p>	<p>Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.</p>	<p>Mejorar la oportunidad en la asignación de citas en consulta médica de especialidades que representan picos dentro del promedio</p>	<p>Lograr que todas las especialidades sean atendidas con oportunidad dentro del estándar específico para cada una</p>	10,00	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar el estándar específico de oportunidad para cada especialidad, acorde con la disponibilidad del recurso humano especializado</li> <li>- Determinar si existen brechas de calidad en alguna especialidad y definir las acciones para su corrección.</li> <li>- Reunión mensual de realimentación de indicadores liderada por la coordinación para el personal de consulta</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	--	--	---	--	--	-------	---------	--	-----------	------------

25	
----	--

Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage en el servicio de urgencias (minutos)	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en Triage II y el momento en el cual es atendido el paciente / Total de usuarios atendidos en Triage	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Habilitar la prestación del Servicio de Triage II en Urgencias	Lograr que la oportunidad promedio para pacientes con triage 2 no supere los 15 minutos	10 minutos	Mensual	Estandarizar la medición del triage con base en la información que reporta el Software utilizado como Sistema de Información Institucional o formato donde se registre diariamente el triage II. - Revisar y ajustar el procedimiento de atención de urgencias, desde el ingreso del paciente, el triage, admisión y manejo final. - Realizar auditoría	1/01/2023	31/12/2023
---	---	--	--	---	------------	---------	---	-----------	------------



26		Calidad	Mejoramiento calidad de	Tiempo promedio de espera para la atención en consulta de Urgencias Triage II (minutos)	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de la clasificación de Triage II y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta de urgencias por parte del médico / Total de usuarios atendidos clasificados como Triage II en consulta de urgencias	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Establecer el tiempo promedio para la atención del paciente en el servicio de urgencias	Lograr que la atención de paciente en urgencias se brinde con una oportunidad promedio que no supere los 30 minutos (triage 2)	20 minutos	Mensual	Estandarizar la medición del Triage con base en la información que reporta el Software utilizado como Sistema de Información Institucional - Revisar y ajustar el procedimiento de atención de urgencias, desde el ingreso del paciente, el Triage, admisión y manejo final - Realizar auditoría semanal al proceso de Triage con el fin de determinar la	1/01/2023	31/12/2023
----	--	---------	-------------------------	---	--	--	---	--	------------	---------	---	-----------	------------

27			Canción de atención	Porcentaje de cancelación de cirugía programada	Número total de cirugías canceladas en el período atribuibles a la Entidad * 100 / Número de cirugías programadas en el período	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Establecer el porcentaje de cancelación de cirugía programada por causas atribuibles al Hospital de acuerdo con el Software utilizado como Sistema de Información Institucional y mantenerlo dentro de los lineamientos normativos	Mantener el porcentaje de cancelación de cirugía programada dentro del rango establecido por los lineamientos normativos	5,00%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificación y seguimiento diario de la programación.</li> <li>- Gestión en el cumplimiento de la programación de cirugía.</li> <li>- Realizar medición mensual del indicador.</li> <li>- Socialización mensual con el equipo de la unidad funcional de cirugía.</li> <li>- Articulación con las unidades funcionales de urgencias y hospitalización.</li> <li>- Capacitar al personal asistencial de las unidades</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	---------------------	---	---	--	--	--	-------	---------	--	-----------	------------

28	Técnico
----	---------

Porcentaje de ocupación en urgencias	Sumatoria de días estancia en urgencias en el período*100/ Total de días estancia disponibles en urgencias en el período	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Mantener el porcentaje de ocupación conforme a la capacidad instalada del hospital	Lograr que la ocupación del servicio de observación en urgencias no supere el 100%	90,0%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer formal y oficialmente el estándar de número de camas instaladas en observación de urgencias</li> <li>- Ajustar el método para realizar el censo diario del servicio de observación urgencias</li> <li>- Implementar rondas diarias documentadas de definición de conductas con el equipo coordinador del servicio</li> <li>- Elaborar y ejecutar un programa de actualización en guías de</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
--------------------------------------	---	--	--	--	-------	---------	--	-----------	------------



30		Habilitación	Revisión y cumplimiento de requisitos de habilitación por servicios	Porcentaje de cumplimiento de requisitos de habilitación	Servicios en cumplimiento de requisitos de habilitación*100 / total de servicios ofertados por la institución	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Lograr el cumplimiento de los estándares de habilitación en todos los servicios declarados	Lograr el 100% de cumplimiento de los estándares de habilitación en todos los servicios	85%	BIMENSUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar autoevaluación de estándares de habilitación, teniendo en cuenta los cambios contemplados en la Resolución 3100 de 2019</li> <li>- realizar plan de mejoramiento orientado a cumplimiento de estándares de habilitación.</li> <li>- Activar comités de obligatorio cumplimiento</li> <li>- Realizar seguimientos a plan de mejoramiento</li> <li>- Realizar inversiones en</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--------------	---	--	---	--	--	---	-----	-----------	---	-----------	------------

31				<p>Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica</p>	<p>Medición del porcentaje de adherencia de cada una de las guías * 100 / total de las guías objeto de la medición</p>	<p>Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.</p>	<p>Realizar medición objetiva y sistemática de la adherencia a las guías prioritarias en maternidad</p>	<p>Lograr una adherencia del 100% a las guías prioritarias en maternidad</p>	100%	Mensual	<p>- Socialización de guías de código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica, episiotomía y episiorrafia, manejo del recién nacido de bajo peso, manejo del recién nacido sano y programa madre canguro. - Realizar rondas de ajuste a guías - Realizar medición de adherencia a guías manera mensual. - Realizar simulacros</p>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	--	--	---	---	--	------	---------	---	-----------	------------

32	
----	--

Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización	Número de variables evaluadas positivamente acerca del manual de buenas prácticas de esterilización * 100 / Total de variables del manual de buenas prácticas de esterilización	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Realizar medición objetiva y sistemática a la adherencia al manual de buenas prácticas de esterilización	Lograr una adherencia del 100% al manual de buenas prácticas de esterilización	100%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar y actualizar el manual de buenas prácticas de esterilización</li> <li>- Implementar auditoría mensual del proceso de esterilización por parte de la enfermera líder de control de infecciones</li> <li>- Realizar una jornada semestral de actualización en BPE a todo el personal de cirugía y central de esterilización</li> <li>- Implementar un mecanismo de evaluación</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
---	---	--	--	--	------	---------	---	-----------	------------

33		Seguridad Clínica	Mejoramiento de seguridad clínica en la atención de los pacientes	Porcentaje de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y Gestionados * 100 / Número total de eventos adversos detectados	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Mantener el porcentaje de gestión de los eventos adversos y evaluar su impacto	Mejorar la medición del impacto de las acciones sobre la gestión de los eventos adversos	100%	Mensual	Implementar una matriz de seguimiento a las acciones derivadas de los análisis causales de eventos de seguridad de pacientes - Establecer un reconocimiento al Servicio Seguro para incentivar la adopción de prácticas seguras en la atención de los pacientes - Fortalecer las rondas de seguridad del paciente con equipo interdisciplinario, con frecuencia semanal	1/01/2023	31/12/2023
----	--	-------------------	---	--	---	--	--	--	------	---------	---	-----------	------------




34	
----	--

Tasa de mortalidad mayor a 48 horas	Número total de muertes después de 48 horas en el período*100/ Número total de egresos del período	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Se deben anexar las actas de los comités de mortalidad en donde se especifique si la muerte era o no evitable.	Mantener la tasa de mortalidad mayor de 48 horas por debajo de 5%	Mantener la tasa de mortalidad neta mayor a 48 horas dentro de los rangos establecidos por los lineamientos normativos	< 5%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar del 100 de las muertes mayores a 48 horas para cada vigencia, y establecer contingencia (Mortalidad Neta).</li> <li>- Implementar mecanismos de retroalimentación hacia los actores involucrados en casos de mortalidad mayor a 48 horas</li> <li>- Asegurar el cumplimiento a las acciones de mejora producto del análisis de los casos de mortalidad de 48 Horas</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
-------------------------------------	---	---	---	--	------	---------	---	-----------	------------

35				Tasa global de infección hospitalaria	Número total de infecciones asociadas al cuidado de la salud del período*100/ Número total de egresos del período	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Controlar la tasa de infección asociada a la atención asistencial	Mantener la tasa global de infección hospitalaria dentro de los rangos establecidos por los lineamientos normativos	5,00%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgar al personal asistencial los criterios para la definición de caso de IAAS definido por norma del Instituto Nacional de Salud</li> <li>- Implementar la estrategia multimodal de higiene de manos definida por la OMS)</li> <li>- Fortalecer el área de Control de Infecciones a través del liderazgo de la designación de una persona de enfermería para ejercer el Control de</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	---------------------------------------	--	--	---	---	-------	---------	--	-----------	------------


36	Tecnologías de Información Aplicadas a Salud	Sistema Integrado de Información	Implementación del sistema integrado de información	Porcentaje de implementación del sistema integrado de información	Actividades ejecutadas*100 / Actividades programadas	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	cuenta que la entidad cuenta con un sistema de información implementado, pero presenta fallas al momento de generar reportes o procesar información en diferentes módulos se deben establecer actividades a mejorar para que se cuente con una información más aterrizada en cuanto a la situación actual de la entidad y permita	Alcanzar un nivel de implementación del sistema de información institucional mínimo del 80%	80%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar seguimiento de cada uno de los módulos actualmente implementados.</li> <li>- Reportar por correo a la empresa desarrolladora del software cada uno de los inconvenientes del software.</li> <li>- Reportar y hacerle seguimiento a cada uno de los errores que reporten cada uno de los usuarios de los diferentes módulos.</li> <li>- Implementación</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	----------------------------------	---	---	--	--	---	---	-----	---------	--	-----------	------------

				HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS																								Codigo FR-PDI-01				Version 1				Pagina 1 de 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
				FORMATO FORMULACION DE PLANES DE TRABAJO																								Fecha de Vigencia 09-11-2021																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
PERIODO: AÑO 2023																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LÍDER	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
				ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN				JUL				AGO						SEP				OCT				NOV				DIC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			1	2	3	4	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
CONTROLAR EL USO INDEBIDO DE LOS INSUMOS PARA LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO	Hacer uso debido de los insumos para la realización de las pruebas de laboratorio	Verificación del informe de registros de facturación del software institucional	Coordinadora de Laboratorio																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																</

EVIDENCIAR DE MANERA EFICIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EL CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO AL MOMENTO DE FACTURAR	Tener veracidad del valor del dinero recaudado por ventas de servicios de salud.	Confirmar que la cantidad de dinero entregada por concepto de ventas de servicios de salud sea la que realmente fue recaudada, confrontando el físico con el consolidado de recaudo que se descarga del sistema de información de la Institución.	Tesorero																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																</
---	--	---	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

FACTURAR EL TOTAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS.	Tener facturados al 100% todos los servicios de salud que se presten en la Institución.	Comprobar que los servicios prestados sean incluidos en la factura generada, para lo cual se descargará del sistema de información el reporte de pendientes por facturar, si se evidencian servicios pendientes se determinará la causa para proceder hacer la corrección e incluirlos.	Coordinador de Facturación																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
--	---	---	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ PROFESIONAL DE APOYO PARA EL PROCESO DE PLANEACIÓN	FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE DIRECTOR DE SEDE
---	---

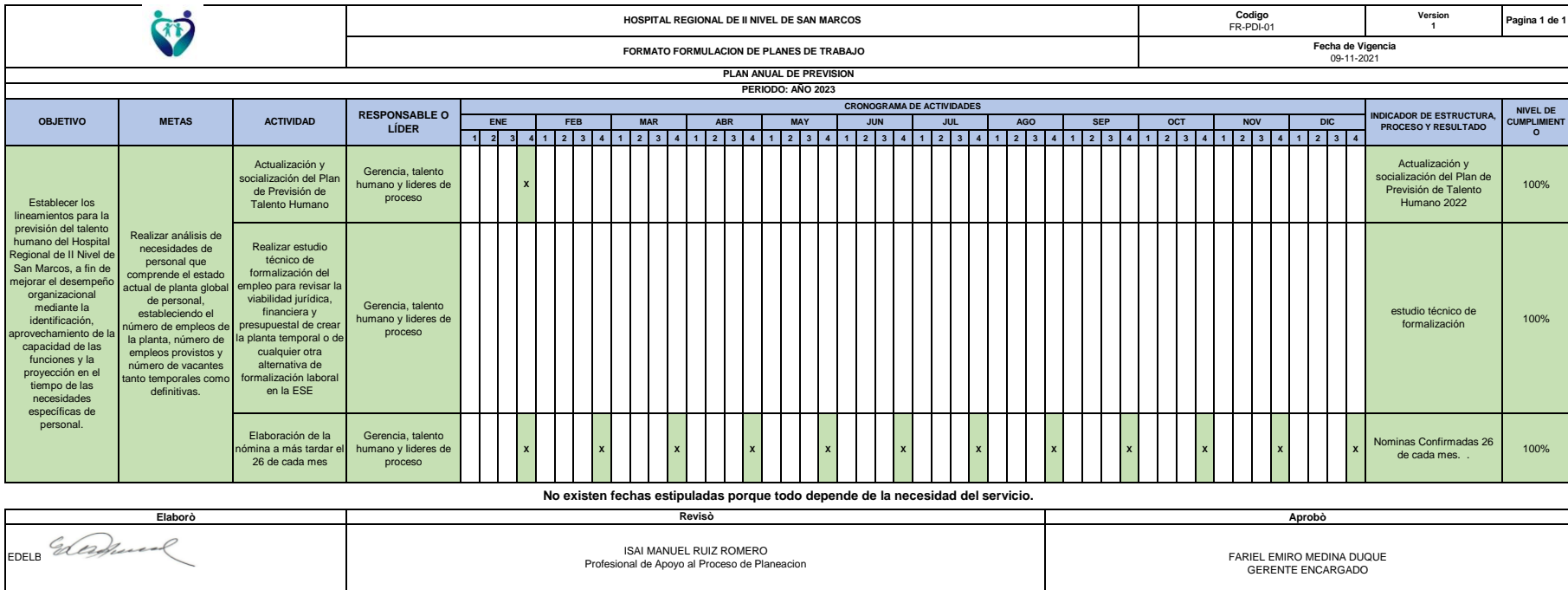
				HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS																Codigo FR-PDI-01				Version 1		Pagina 1 de 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
				FORMATO FORMULACION DE PLANES DE TRABAJO																								Fecha de Vigencia 09-11-2021																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
PLAN ESTRATÉGICO DETECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN-PETI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
PERIODO: AÑO 2023																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LÍDER	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																								INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
				ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN						JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Suscribir canal redundante de acceso a internet	Tener mayor velocidad en la navegacion de internet para optimizar avidades	Solicitar al proveedor de internet	lider de sistemas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									



PLANES Y PROGRAMAS	METAS	ACTIVIDADES	METAS			RESPONSABLE
			2021	2022	2023	
1. PROGRAMAS DE DESARROLLO ARCHIVÍSTICO	1.1. Aplicar los principios archivísticos dentro de la administración y Determinar las actividades orientadas a la clasificación, ordenación, descripción y consulta de los documentos de la E.S.E. Hospital Regional de II Nivel de San Marcos , como parte integral de los procesos archivísticos contemplados en la ley 594 de 2000	Elaborar el Diagnóstico integral de los Documentos en las tres fases de Archivo	x	x	x	programa de gestion documetal
		implementar el (PGD) programa de gestion documemental de la E.S.E	x	x	x	programa de gestion documetal
		actualizar el plan institucional de archivo (PINAR)		x	x	programa de gestion documetal
		Elaboracion de las TRD	x			Gerencia, gestión documental, Lider del Programa Control Interno.
		Aplicar las Tablas de Retención Documental en las diferentes dependencias.	x	x	x	Gerencia, gestión documental, Lider del Programa Control Interno.
		Realizar seguimiento a las TRD con las necesidades de cada dependencia	x	x	x	Gerencia,Comité Interno de Archivo y gestión documental, Lider de Programa, Control Interno.
		Actualizacion de las Tablas de Valoración Documental				sistema de gestion documetal
		Implementar TVD en el Archivo Central e Histórico				Gerencia, gestión documental, Lider de Programa Control Interno.
		Contiuar con la elaboración de los Inventarios en sus tres fases de Archivo (Gestión, Central e Histórico)	x	x	x	Auxiliares de todas las areas
		Diseño y/o actualización del proceso para la organización de documentos.		x	x	Gerencia, gestión documental, Lider del Programa, Control Interno.
		Elaborar Instructivo de organización de Archivos	x	x	x	Gerencia, gestión documental, Lider del Programa Control Interno,
		Definir la base de Datos para la descripción y recuperación de información		x		Gerencia, gestión documental, Lider del Programa Control Interno, Coordinador de Sistemas
		Elaboración de Guías, Catálogos y Formulación de la consulta, estrategias de búsqueda y respuesta de consulta		x	x	Gerencia, gestión documental, Lider de Programa Control Interno, Coordinador de Sistemas
	1.2 Mantener al día la documentación para la administración del sistema Integrado de Gestión con acciones para analizar, validar, unificar y codificar la creación, modificación, actualización o retiro de los documentos.	Diseño y/o actualización del Proceso "Producción Documental"		x	x	sistema de gestion documental y calidad
		Actualización y normalización de formatos generados de los procesos y actividades de la E.S.E. Hospital Regional de II Nivel de San Marcos	x	x	x	
		Formulación de procedimientos para el control de documentos	x	x	x	
	1.3. Determinar los requerimientos de los sistemas de gestión de los documentos electrónicos y de la conservación de cada uno de los componentes de los documentos electrónicos y la migración de documentos satisfactoriamente a nuevas plataformas.	Definir el Programa de Gestión de Documentos electrónicos		x		Gerencia, gestión documental, Lider de Programa Control Interno, Coordinador de Sistemas
		Diseño del Procedimiento Conformación de Documento Electrónico			x	
		Conformación del expediente electrónico		x	x	
		Determinar los requerimientos de los sistemas de gestión de los documentos electrónicos y de la conservación de los mismos.			x	
		Mantener en funcionamiento el Sistema Digital Documental como herramienta archivística de la Entidad.			x	

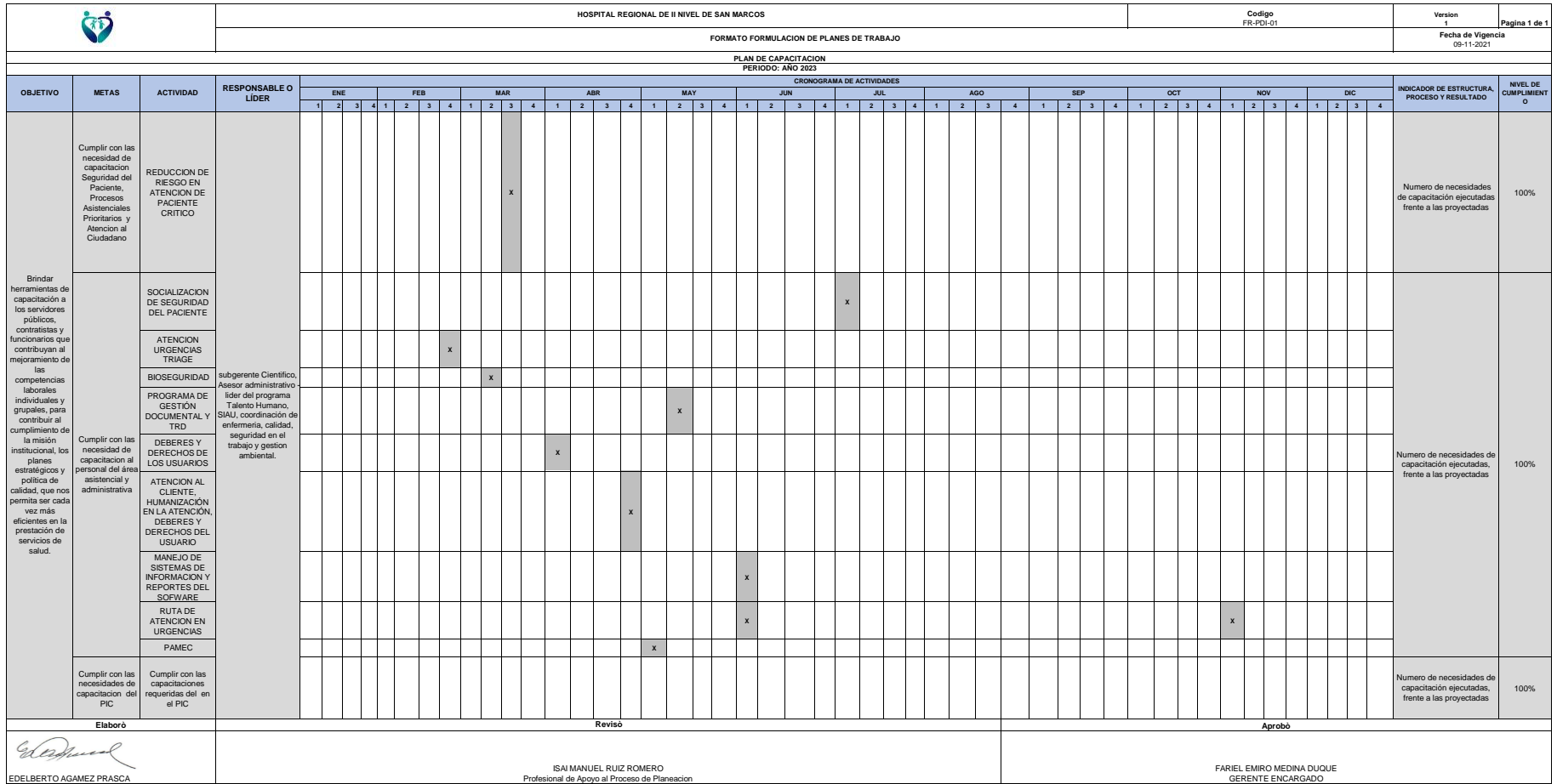


	1.4. Realizar las Transferencias Documentales del Archivo de Gestión al Central y /o Transferencias primarias y secundarias teniendo en cuenta los plazos establecidos en la correspondiente Tabla de Retención	Implementar un sistema de Archivo para documentos análogos.			x	programa del gestion documental
		Implementar la Política Cero Papel de acuerdo a los requerimientos normativos que apliquen para la E.S.E. Hospital Regional de II Nivel de San Marcos		x	x	
		Actualizar el Programa anual de Transferencias Documentales		X	X	
		Implemetar el Programa de Transferencias Documentales	x	x	x	
		Recibir y cotejar con el inventario documental, los documentos de cada una de las dependencias de la E.S.E. Hospital Regional de II Nivel de San Marcos	x	x	x	
2. PROGRAMAS PARA EL FORTALECIMIENTO Y APROPIACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL EN LA E.S.E	2.1. Capacitar en temas archivísticos a los servidores públicos de la E.S.E	Identificar necesidades en temas archivísticos	x	x	x	sistema de gestion documental
		Elaborar Programa de capacitación articulado con el plan institucional de capacitación	x			sistema de gestion documental
		Socialización de instrumentos Archivísticos (PGD, TRD,...)	X	x	x	
		Desarrollar lo que significa conservar los documentos electrónicos, incluyendo la preservación de cada uno de los componentes de los documentos electrónicos y la migración de documentos satisfactoriamente a nuevas plataformas.	x	x	x	
		Dar a conocer las bases legales para la aplicación de los archivos en la gestión de los documentos electrónicos.	x	x	x	
		Dar a conocer todas las normas vigentes emitidas por los organismos competentes en materia de archivo, gestión documental y Cero Papel	x	x	x	
3. PROGRAMAS DE CONSERVACIÓN DE Y DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS VITALES.	3.1 Garantizar la integridad física y funcional de los documentos sin alterar su contenido	Elaborar el Programa de Conservación de documentos vitales en los diferentes medios y soportes		x		Gerencia, gestión documental, Lider del Programa Control Interno, Coordinador de Sistemas
		Diseñar y/o actualizar el Procedimiento de Disposición Final de Documentos.		x	x	
		Establecer procesos de diagnóstico, sensibilización, prevención, inspección y mantenimiento de documentos	x	x	x	
		Hacer el monitoreo y control sobre las condiciones ambientales	x	x	x	
		Establecer medidas preventivas y correctivas con el análisis del riesgo y reportes oportunos, conforme al Mapa de Riesgos de la E.S.E. Hospital Regional de II Nivel de San Marcos	x	x	x	
		Medidas de seguridad y medios de recuperación de la información (copias de seguridad, escáner de documentos más consultados)		x	x	
		Programas de seguridad de limpieza, desinfección, fumigación y control de plagas.	x	x	x	
		Elaborar planes de contingencia para la prevención de desastres	x	x	x	
		Digitalización de documentos		X	x	
		Identificar los documentos que deben eliminarse	x	x	.	programa de gestion documental,

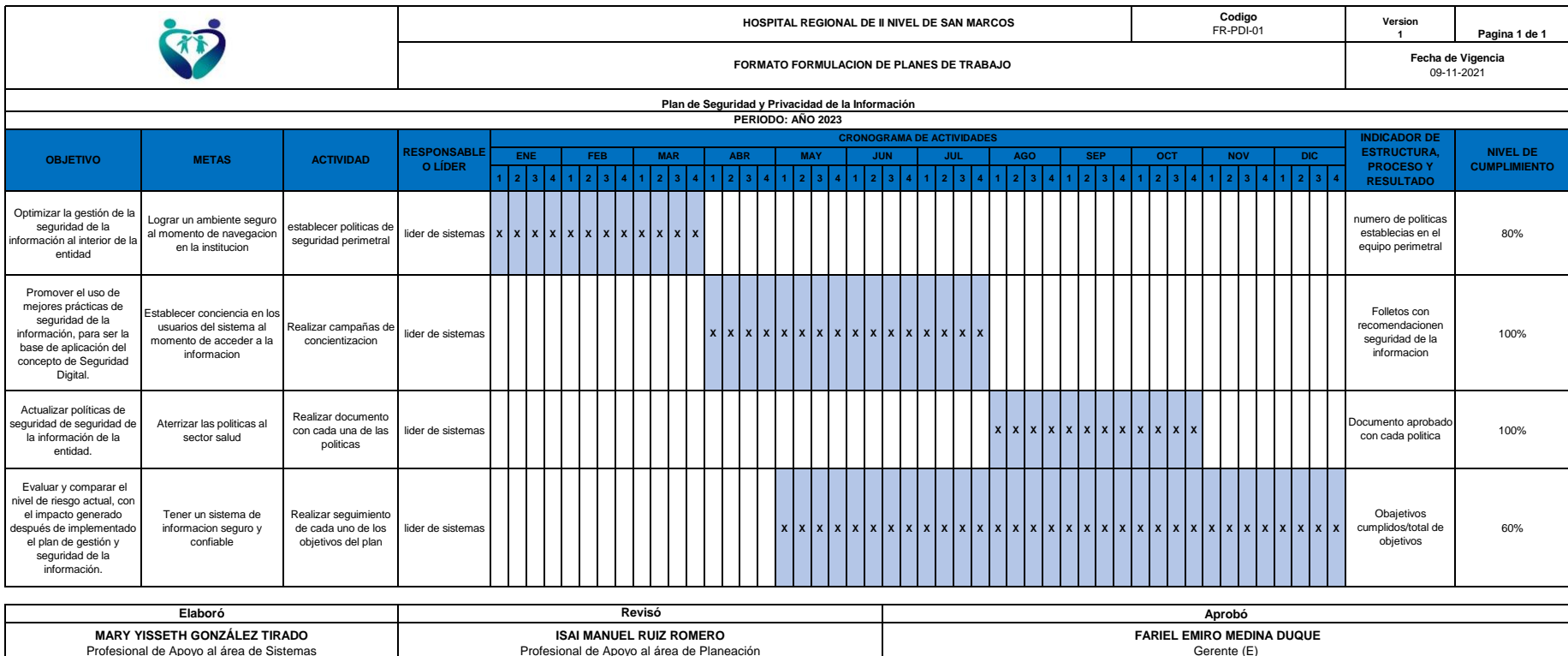
	3.2.Recuperar los valores históricos y documentos testimoniales y su permanencia en las diferentes fases de archivo y su disposición final para garantizar los derecho del ciudadano	Elaborar cuadros y fichas de valores primarios y secundarios de los grupos documentales series y subseries		x	x	programa de gestion documental
		Organizar el Archivo central de la .E.S.E	x	x	x	programa de gestion documental y auxiliares de archivo
		Organizar el Archivo clinico de la .E.S.E.	x	x	x	programa de gestion documental y auxiliares de archivo
		Organizar el Archivo Histórico de la E.S.E	x	x	x	programa de gestion documental y auxiliares de archivo
4. PROGRAMAS Y PROYECTOS DE ADECUACIÓN DE ESPACIOS DE CONSERVACIÓN Y PRESERVACIÓN DE DOCUMENTOS	4.1 Implementar programas específicos de largo plazo.	Suministro de equipos y muebles para Archivo	x	x	x	Gerencia, Almacen
		Establecer los sistemas de almacenamiento en sus diferentes soportes	x	x	x	
5. PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE METAS Y FECHAS ESTABLECIDAS	5.1 Formular el Programa de auditorías de seguimiento a la implementación del PGD , enmarcada en el plan integral de auditorías de la E.S.E	Programar las Auditorias de Seguimiento	x	x	x	gerencia y Control Interno
		Realizar seguimiento a las TRD, y su implementación.	x	x	x	
CORTO						
MEDIANO						
Y LARGO PLAZO						




	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS																								Codigo FR-PDI-01				Version 1		Pagina 1 de 1																
	FORMATO FORMULACION DE PLANES DE TRABAJO																								Fecha de Vigencia 09-11-2021																						
PLAN ANUAL DE VACANTES																																															
PERIODO: AÑO 2023																																															
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LIDER	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																								INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO																		
				ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN						JUL				AGO				SEP				OCT				NOV	
El Plan Anual de Vacantes tiene por objetivo, identificar las necesidades de la planta de personal y definir la forma de provisión de los empleos vacantes, con el fin que las diferentes dependencias de la ESE Hospital Regional II Nivel San Marcos cuenten con el talento humano necesario para el cumplimiento de sus funciones disponiendo de la gestión del talento como una estrategia organizacional.	Elaboración del estudio técnico de formalización	Actualización y socialización del Plan de Previsión de Talento Humano	Gerencia, talento humano y lideres de proceso	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Elaboración y Socialización del Plan Anual de Vacantes 2022	100%		
		Realizar estudio técnico de formalización del empleo para revisar la viabilidad jurídica, financiera y presupuestal de crear la planta temporal o de cualquier otra alternativa de formalización laboral	Gerencia, talento humano y lideres de proceso																																										estudio técnico de formalización	100%	
No existen fechas estipuladas porque todo depende de la necesidad del servicio.																																															
Elaboro		Revisó																Aprobó																													
 EZ PRASCA		ISAI MANUEL RUIZ ROMERO Profesional de Apoyo al Proceso de Planeacion																FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE GERENTE ENCARGADO																													







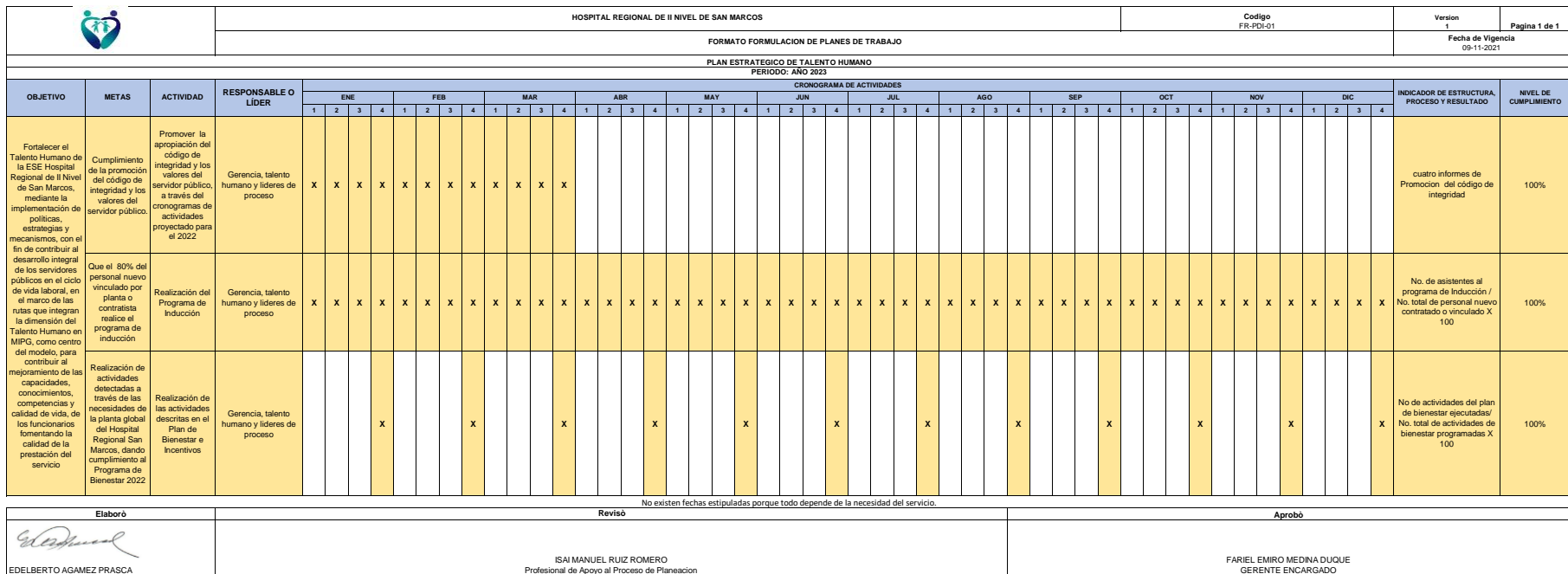
				HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS												Codigo FR-PDI-01				Version 1				Pagina 1 de 1																											
				FORMATO FORMULACION DE PLANES DE TRABAJO																Fecha de Vigencia 09-11-2021																															
Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información																																																			
PERIODO: AÑO 2023																																																			
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LÍDER	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																								INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO																						
				ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN						JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC	
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4												
Elaborar el diagnostico de tratamiento por area	Realizar auditoria del manejo que le dan a la información en cada una de las areas	Capacitar a cada lider de proceso sobre la importancia del tratamiento de la información	Lider de sistemas			X	X	X	X	X	X	X	X	X																					No. De personal liderer asistente/ No. De total de personal *100	90%															
Elaborar el alcance del plan por areas	Establecer cada una de la metas por areas especificas	Capacitar a cada lider de proceso sobre la importancia de la privacidad de la información	Lider de sistemas									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									No. De personal liderer asistente/ No. De total de personal *100	90%																
Identificar los riesgos de seguridad y vulnerabilidad de la informacion por cada usuario que utiliza el sistema de informacion	Identificar, controlar, proteger los activos de la informacion definiendo, realizando y mejorando acciones para minimizar o eliminar el riesgo dentro de la institucion	Elaborar diagnostico de tratamiento	Lider de sistemas																						X	X	X	X	X	X	X	X	X	No de riesgos subsanados/ No de riesgos encontrados	60%																
Eleborar mapa de calor donde se encuentre los puntos de mayor riesgo de la informacion	Establecer cada uno de los puntos criticos donde exista riesgo de perdida de información	Mapa de calor con cada lineamiento	Lider de sistemas																										X	X	X	X	X	X	X	cuadro de calor establecidos en los lineaminetos de MINTIC	60%														
Seguimiento y control actividades	Tener control sobre cada actividad de la institución	elaborar una bitacora de seguimiento	Lider de sistemas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	informe final	80%																
Elaboró				Revisó												Aprobó																																			
MARY YISSETH GONZÁLEZ TIRADO Profesional de Apoyo al área de Sistemas				ISAI MANUEL RUIZ ROMERO Profesional de Apoyo al área de Planeación												FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE Gerente (E)																																			








[illegible]



	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS	Codigo FR-PDI-01	Version 1	Pagina 1 de 1
	FORMATO FORMULACION DE PLANES DE TRABAJO			Fecha de Vigencia 09-11-2021

PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN ATENCIÓN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES (PGIRASA)																																																					
PERIODO: 2023																																																					
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LÍDER	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO																
				ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN				JUL				AGO						SEP				OCT				NOV				DIC			
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			1	2	3	4												
socializar al grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS), las actividades a desarrollar durante el año	poder programar y socializar las actividades a desarrollar	programacion y socialización previa de las actividades a Desarrollar.	Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)				X																																N° de reuniones cumplidas	100%													
llevar acabo mensualmente los comites GAGAS	Realizar las 12 reuniones del comité GAGAS correspondien te al año 2024	Reunión del grupo Administrativo de gestión ambiental Sanitario. GAGAS	Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)				X																																		N° de reuniones cumplidas	100%											
Formular previamente el plan de auditoria interna y externa a realizar.	Formular el plan de auditoria intertas y externas	Formulación del plan de auditorías internas y externas	Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)																																						N° de reuniones cumplidas												
llevar acabo la auditoria interna en los tiempos establecidos	Realizar las auditorias internas	Ejecución del plan de auditorías internas	Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)				X																																			N° de auditorías realizadas	60%										
llevar acabo la auditoria Externa en los tiempos establecidos	Realizar las auditorias externa	Ejecución del plan de auditorías externas	Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)																																							N° de auditorías realizadas	100%										
llevar acabo las capacitaciones con personal de la ESE Hospital Regional II Nivel SanMarcos en los tiempos establecidos	Realizar las capacitacione s al personal de la ESE Hospital Regional II Nivel SanMarcos	Capacitación al personal de la ESE Hospital Regional II Nivel SanMarcos	Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)																																								Indicadores de capacitación	100%									

Elaborò	Revisò	Aprobò
YULIETH PAOLA ATIHAS DIAZ INGENIERA AMBIENTAL	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO PROFESIONAL DE APOYO AL PROCESO DE PLANEACION	FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE GERENTE ENCARGADO