

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 CIUDADANO	
GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	8
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	8
RENDICIÓN DE CUENTAS	g
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	<u>C</u>
MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACI	
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 INFORMACIÓN	
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.

E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov



MARCO NORMATIVO

TEMÁTICA	DOCUMENTO	DETALLE						
	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						
Gestión del Riesgo de Corrupción	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 e 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".						
Modelo Integrado	Decreto 1081 de 2015	Establece que el Plan Anticorrupció y de Atención al Ciudadano hac parte del Modelo Integrado d Planeación y Gestión						
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.						
	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.						
Trámites	Ley 962 de 2005	Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado de los particulares que ejercer funciones públicas o prestan servicios públicos.						



Rendición de cuentas	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.
Rendición de Cuentas	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
Transparencia y Acceso a la	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
Información	Decreto 103 de 2015	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones.
Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y	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.
denuncias	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.
Modelo estándar de Control Interno (MECI)	Decreto 943 de 2014	Adopta la actualización del MECI
	MECI	
	Ley 2195 de 2022	- Gestión del riesgo de corrupción
Metodología plan	ESTRATEGIAS PARA LA	- Racionalización de trámites
anticorrupción y	CONSTRUCCIÓN DEL PLAN	- Rendición de cuentas
atención al ciudadano	ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN A EL CIUDADANO	- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
	V.2" expedida por la presidencia de la República.	- 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.

E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov



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

RESPETO: 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: Cumplo 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 lideres 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

Página Web: www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov



4	Radiología e Imágenes Diagnosticas	Apoyo Diagnostico
5	Terapia	Apoyo Terapéutico
6	Examen de Laboratorio Clínico	Apoyo Diagnostico
7	Dispensación de Medicamentos y Dispositivos Médicos	Apoyo Diagnostico y Terapéutico
8	Historia Clínica	Gestión Documental
ÍTEM	TRAMITE	DEPENDENCIA
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 Il 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

E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov



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

Component	e 1: G	1: Gestion del Riesgo de Corrupcion-Mapa de riesgos de corrupcion											
Subcomponente	Ítem	Actividades	vidades Meta o producto Depend Respon										
	1.1	Revisión de la Política de Gestión del Riesgo	Política de Gestión del Riesgo revisada (1)	Oficina de Planeación	31/12/2023								
Política de administración del riesgo	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								
	2.1	Identificar los riesgos de corrupción	Matriz de definición e identificación de riesgos de corrupción	Líderes de los procesos	31/01/2023								
Construcción mapa de riesgos de corrupción	2.2	Valorar los riesgos de corrupción	Matriz de análisis y valoración de riesgos de corrupción	Líderes de los procesos	31/01/2023								
oggo do conspolon	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	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	31/01/2023
				Planeación	
				Líderes del proceso	15/04/2023
Manthanasaanadatta		Revisar periódicamente los	Informe de revisión		15/07/2023
Monitoreo y revisión	4.1	riesgos y ajustarlos de ser necesario	del mapa de riesgos de corrupción	Oficina de Planeación	15/10/2023
					15/01/2023
					15/04/2023
On multiplicate	F 4	Realizar seguimiento y	Informe de resultados	Oficina de	15/07/2023
Seguimiento	5.1	evaluación de la efectividad de los controles.	documentado (2)	Control Interno	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	RESIDUA	PE SE	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 FRP	Líder de cartera	Trimestral	n. oricios 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



9	TESORERIA	APROPIACIÓN DE DINEROS POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO RECIBIDOS EN CAJA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INECIFIENTE 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
ω	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	carpera de archivo de remisiones y/o	Almacenista	Trimestral	ue entrada 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.				
6	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	<u>6</u>	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 Auditorias de Cuentas Medicas, 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



ANEXO 3. MATRIZ ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES

	ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES											
No	ombre de la entidad	HOSPITAL REGIONA	L DE II NIVEL DE SAN	MARCOS ESE								
Se	ector Administrativo	Salud y Protección S	ocial									
De	epartamento:	Sucre					Orden	Terri	torial			
М	unicipio:	San Marcos					Año Vigencia:	20	23			
			PLAN	EACION DE LA ESTRATE	GIA DE RACIONALIZACIÓN	ı						
N.	NOMBRE DEL TRÁMITE,	TIPO DE	ACCIÓN ESPECÍFICA DE	BENEFICIO AL CIUDADANO Y/O	DEPENDENCIA	FECHA RE	ALIZACIÓN					
IN.	PROCESO O PROCEDIMIENTO	RACIONALIZACIÓN	RACIONALIZACIÓN	SITUACIÓN ACTUAL	AL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	ENTIDAD	RESPONSABLE	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			
		LLAS ÚNICAS)										
1												
	Nombre del re	sponsable:	FARIEL EMIRO MEDIN	NA DUQUE		Número de teléfono) :	+57 (5) 2	295 31 65			
	Correo elec	ctrónico:	gerencia@esehospitalr	egionalsanmarcos.gov.co	Fecha aprobación o	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

		ETAP	AS DE L	A RENDICIÓ	N DE CUE		CUATRIMESTR E		STR	FECHA			
ELEMEN' S	ACTIVIDADES	Aprestamient 0	Diseñ o	Preparació n	Ejecució n	Seguimient o y Evaluación	META/PRODUCT O	1	2	4	Inici o	Fi n	DEPENDENCIA RESPONSABL E
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	
--	---	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--



	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.		X				Formatos diligenciados por grupos de valor sobre priorización de temas para rendición de cuentas	X	X	X			Unidad Funcional de Atención al Usuario	
--	--	--	---	--	--	--	--	---	---	---	--	--	--	--



		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	
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--



	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.		X			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.	X					Oficina de Planeación o quien haga sus veces	
--	--	--	---	--	--	---	---	--	--	--	--	---	--





	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
DIÁLOGO	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		Oficina de Planeación o quien haga sus veces





	Definir el procedimiento interno para implementar la ruta (antes, durante y después) a seguir	X		Documento publicado de procedimiento interno para determinar lo siguiente para cada espacio de rendición de cuentas: ANTES	X	X	X		Oficina de Planeación o quien haga sus	
	para el desarrollo de los espacios de diálogo en la rendición de cuentas.			- 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.					veces	



				- Procedimiento de adecuación, producción y divulgación de la información que contextualizará el diálogo y el alcance de cada espacio de diálogo definido en el cronograma.				
				- Definición del paso a paso por cada espacio de diálogo.				
				- Roles y responsables para implementar los espacios de diálogo.				
				DURANTE				



			- 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.			
			- Forma como se documentarán los resultados del espacio de rendición de cuentas. (incluye procesos de evaluación de la ciudadanía)			
			DESPÚES			
			- Forma como se informarán los resultados de los compromisos adquiridos con los asistentes para el seguimiento y control ciudadano.			



	Definir y divulgar el procedimiento que empleará la entidad en cada tipo de espacio de diálogo definido previamente en el cronograma.		X		Documento publicado con la ruta (antes, durante y después) a seguir para el desarrollo de los espacios de diálogo que contemple: ANTES - Forma en que se convocará a los grupos de valor 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	X	X	X		Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional	
					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		х	Evidencia del desarrollo de cada espacio (capacitaciones a funcionarios y usuarios, listados de asistencia de la audiencia)	Х	х	х		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
RESF	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



seguii cump los co	nir un lema de limiento al olimiento de ompromisos liridos.	x	Documento publicado con procedimiento, roles y responsables del seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en los espacios de diálogo.	х	x	x		Oficina de Planeación o quien haga sus veces
forma report activic rendic cuent realize la ent	blecer el ato interno de rte de las idades de ición de itas que se zarán en toda itidad que o mínimo enga:	X	Formato de Acta de rendición de cuentas enviado a la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud - Proceso de rendición de cuentas	×				Oficina de Planeación o quien haga sus veces
-Activ realiza	vidades zadas							
	pos de valor ucrados							



-Temas y/o r institucionale asociadas a actividades realizadas de rendición de cuentas	es las			
- Observacio propuestas y recomendaci de los grupos valor.	ones			
- Resultado o participación	de la			
- Compromis adquiridos do a la ciudadar	e cara			





	Analizar la implementación de la estrategia de rendición de cuentas, y el resultado de los espacios de diálogo desarrollados, con base en la consolidación de los formatos internos de reporte aportados por las áreas misionales y de apoyo, para identificar:			X	Documento de evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas	X			Oficina de Control Interno
	A. La estrategia.								
	B. El resultado de los espacios que como mínimo contemple:								



1. Número de espacios de participación adelantados				
2. Grupos de va involucrados.	ılor			
3. Metas institucionales priorizadas sobi las que se rindio cuentas	re ó			
4. Evaluación y recomendacion de cada espació de rendición de cuentas	es			
5. Estado actua de los compromisos asumidos de ca a la ciudadanía.	ıra			



	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



	Evaluar y verificar, por parte de la oficina de control interno, el cumplimiento de la estrategia de rendición de cuentas incluyendo la eficacia y pertinencia de los mecanismos de participación ciudadana establecidos en el cronograma.					X	Informe cuatrimestral de evaluación de los resultados de implementación de la estrategia.	X	X	X			Oficina de Control Interno	
--	--	--	--	--	--	---	--	---	---	---	--	--	-------------------------------	--



CRONOGRAMA RENDICIÓN DE CUENTAS

ĠĎ	-												ı	НО	SPI	TA	۱L	RE	GI	ON	ΑL	DE	E II	NI	VEI	L D	E S	SAN	ı M	AR	CC)S E	SE	=											_
												C	RO	NC	GR					# 2 RAT		_										ITA	s -	20	23										
MES		ENE	ERC)	F	ЕВЕ	RER	ю		MAI	RZO			ABF	RIL		N	MAY	0		Jl	JNIC	0		Jl	JLIC)	A	GO	sto		SEP	TIE RE	MB	ď	ост	UBF	RE	N	OVIE E	MB	BR	DIC	CIEN	BR
ACTIVIDAD/SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3 -	4	1	2	3	4	1 2	2 3	3 4	1 1	1 2	2 3	4	1	2	3	4	1 2	2 3	3 4	1 1	2	3	4	1	2	3	4	1	2 :	3 4
Elaboración y Presentación de la estrategia																																													I
Caracterización de Usuarios																																													
Capacitación Rendición de Cuentas											П					T	Ī	T	Ī															T											T
Audiencia Pública de Rendición de Cuentas																																													
Videos informativos Rendición de Cuentas																																													
Foros de Rendición de Cuentas al Cliente Interno																																													

ANEXO 5. MATRIZ ESTRATEGIA ATENCIÓN AL CIUDADANO



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2023

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2023

Componente 4: Atención al Ciudadano

Subcomponente	Ítem	Actividades	Meta o producto	Dependencia Responsable	Fecha programada
	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
Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	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
	2.1	Fortalecer el canal alterno 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
Fortalecimiento de los canales de atención	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	Realizar capacitaciones en atención humanizada a los funcionarios de la entidad, incluido personal de aseo, vigilancia y mantenimiento			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



	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
Normativo y procedimental		Elaborar informes de PQRSD para identificar		Oficina de	15/04/2023
	4.2	oportunidades de mejora en la prestación de los	4 informes al año	Atención al Ciudadano	15/07/2023
		servicios			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
	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
Relacionamiento con el ciudadano	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 Dependenci **Fecha** Íte Subcomponente **Actividades** Meta o producto indicadores programad m Responsabl а е Publicar la totalidad de la información mínima Numero de criterios Publicar la obligatoria para la Oficina de publicados / Ítems información vigencia 2023 Planeación requeridos en mínima sobre la información mínima obligatoria sobre estructura (ley 31/12/2023 obligatoria sobre la la estructura (ley 1712 de 2014 estructura (ley 1712 1712 de 2014, articulo 9), en el de 2014 articulo 9) articulo 9) enlace de x 100 transparencia y acceso a la información de la entidad Oficina de Lineamientos de Sistemas Transparencia Activa Oficina de Documentos Publicar la Numero de actos Talento publicados en totalidad de actos administrativos Humano página web en el administrativos publicados / 1.2 31/12/2023 enlace de emitidos por la Numero de actos transparencia y entidad en la administrativos acceso a la página web expedidos Oficina de información Sistemas Publicar en el Total, de sitio web información www.datos.gov.c Sitio web actualizada en sitio o la información Oficina de 1.3 www.datos.gov.c web / Total de 31/12/2023 manejada por la Sistemas o actualizada información entidad y clasificada como clasificada como datos abiertos datos abiertos Informe trimestral No de peticiones y Dar respuesta de medición de dentro de los acciones de tutela indicador de 15/04/2023 términos a los contestadas en los oportunidad de Lineamientos de derechos de términos / No de Oficina 2.1 derechos de petición y peticiones y Transparencia Pasiva Jurídica petición y acciones de tutela acciones de tutela acciones de tutela radicados en la radicadas en la resueltas en los 15/07/2023 entidad entidad términos de ley 15/10/2023



						15/01/2024
		Llevar Registro Trimestral de	Informe trimestral actualizado y publicado de	Número de solicitudes	Oficina Jurídica	15/04/2023
	2.2	Solicitudes de información que	Solicitudes de	respondidas de manera negativa /		15/07/2023
		la Entidad ha contestado de manera negativa	información que la Entidad ha contestado de manera negativa	Número total de solicitudes realizadas	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	Informe trimestral actualizado y publicado de Solicitudes de información que la Entidad ha	Número de solicitudes respondidas de manera negativa por inexistencia de	Oficina Jurídica	15/04/2023
		manera negativa por inexistencia	contestado de manera negativa	la información / Número total de		15/07/2023
		de la información solicitada	por inexistencia de la información solicitada	solicitudes realizadas	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/Númer o total de oficinas	Oficina de calidad	31/12/2023
Criterio Diferencial de Accesibilidad	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 subtitulados	Numero de videos institucionales subtitulados / Número total de videos producidos	Oficina de Planeación	31/12/2023
		Realizar un informe trimestral de solicitudes de	Oficio consolidando	No. De solicitudes contestadas por el	Oficina de	15/04/2023
Monitoreo al Acceso de la Información Pública	5.1	acceso a la información que	trimestralmente del # de PQR	Hospital / No. De solicitudes totales	atención al	15/07/2023
		contenga el número de	contestadas por la institución	realizadas por los ciudadanos	usuario	15/10/2023
		solicitudes recibidas		5.555dai100		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

obligados identificados

en la ley 2013 de 2019

Humano

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

conflicto de intereses



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	
PRIMER TRIMESTRE	11
SEGUNDO TRIMESTRE	22
TERCER TRIMESTRE	33
CHARTO TRIMESTRE	11



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.

Página Web: www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov



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						
	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						
Gestión del Riesgo de Corrupción	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".						
Modelo Integrado de	Decreto 1081 de 2015	Establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión						
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.						
	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.						
Trámites	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.						
Rendición de	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.						
cuentas	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						
Transparencia y Acceso a la Información	Ley 1712 de 2014	Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y de derecho de acceso a la información pública nacional y s dictan otras disposiciones						



	Decreto 103 de 2015	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones.						
Atención de peticiones, quejas,	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.						
reclamos, sugerencias y denuncias	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.						
Modelo estándar de	Decreto 943 de 2014	A dente le petroline siére del MECI						
Control Interno (MECI)	MECI	- Adopta la actualización del MECI						
		- Gestión del riesgo de corrupción						
Metodología	Ley 2195 de 2022 Estrategias para la	- Racionalización de trámites						
plan anticorrupción	construcción del plan anticorrupción y de atención	- Rendición de cuentas						
y atención al ciudadano	al ciudadano V.2" expedida por la presidencia de la	- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano						
	República.	- Mecanismos para la transparencia y acceso a 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.



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 guedaron 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 trasmitió 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 acta fue publicada en la página web de la esta 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.esehospitalregionalsanmarcos.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:

- 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 PQRSD, 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.

E-mail: 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

E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov



ANEXOS



PRIMER TRIMESTRE

110	(T)	FORMATO						MARCOS ESE NTROL DE MAPA DE RIESG	OS DE	Versiór 1 Vigenci		Poo	Código FR-PDE-01 umento Controlado
						CORRUE				25/09/20	_	Doc	
	PROCESO				l	ABORATOR	O CLÍNICO			FECHA	1		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 dilinenciado	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.
		SERVACIONES Y/O COMENDACIONES											
R	ESPONSABLE [PONSABLE DEL PROCESO NOMBRE JENNIFFER ALVAREZ EALO ORIGINAL FIRMADO											
RES	PONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE			ISAI MA	ANUEL RUIZ R	OMERO			ORIGINAL F	IRMADO	

	්ත්		HOSPI	ΓAL RE	GIONAL	DE II NIVEL I	DE SAN MARC	OS ESE		Versión 1	l		Código FR-PDE-01
		FORMATO PA	ARA EL SEGUIMIENTO	A LAS	ACTIVIE	ADES DE CO	NTROL DE M	APA DE RIESGOS DE COR	RUPCIÓN	Vigencia 25/09/202		Docu	nento 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 SEGUIMUENTO A LA CARTERA Y GESTION DE COBRO ANTE LAS ERP	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de cartera, proyecta el oficio de circularizacion a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuracion 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 soliciitando acuerdos de pago, depuracion 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
	OBSERVAC RECOMENI											ı	
RE	SPONSABLE	DEL PROCESO	NOMBRE			JOSE ALBE	RTO FORTICH	I ARROYO			ORIGINAL F	TIRMADO	
	RESPONSA SEGUIM		NOMBRE			ISAI MAN	NUEL RUIZ RO	DMERO			ORIGINAL F	IRMADO	

	Ċ		но	SPITAI	REGIO	ONAL DE II NI	IVEL DE SAN I	MARCOS ESE		Versión 1	l		Código R-PDE-01
		FORMATO	PARA EL SE	GUIMIE	ENTO A	LAS ACTIVID		NTROL DE MAPA DE RIESG	OS DE	Vigencia 25/09/202		Docume	nto Controlado
	PROCESO					PRESUP				FECHA	-	14	4/04/2023
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
4	PRESUPUESTO	INEXACTA DE CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL POR AFECTACIÓN DE RUBROS QUE NO CORRESPONDE	PARA LA CUAL DEBE EMITIRSE CERTIFICADO	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		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 DE	L PROCESO	NOMBRE			ANDRES	OLIVARES BA	LDOVINO		OR	IGINAL FIRM	IADO	
R	ESPONSABLE DEL	SEGUIMIENTO	NOMBRE			ISAI MA	ANUEL RUIZ R	OMERO		OR	IGINAL FIRM	IADO	

	(T)	FORMATO					VEL DE SAN N	MARCOS ESE	OC DE	Versión 1			Código R-PDE-01
		FORMATO) PARA EL SE	GUIMIE	NIOA	CORRUP		NIROL DE MAPA DE RIESC	902 DE	Vigencia 25/09/202		Docume	ento Controlado
	PROCESO					TALENTO H	HUMANO			FECHA		1	4/04/2023
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
5	TALENTO HUMANO	DE PERSONAL SIN CUMPLIR LA TOTALIDAD DE	INTERESES PERSONALES PARA FAVORECER LA CONTRATACI ÓN	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,contrat o 136/2023, DELIO ALVAREZ PADILLA, Contrato 035/2023 y LUIS DANIEL ALVAREZ RUIZ contrato 032/2023, evidenciando la lista de chequeo debidamente diligenciada.
	OBSERVACI RECOMEND						l					l	
RI	ESPONSABLE I	DEL PROCESO	NOMBRE			EDELBERT	O LUIS AGAMI	EZ PRASCA		ORI	GINAL FIRM	IADO	
RES	PONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE			ISAI MA	NUEL RUIZ RO	OMERO		ORI	GINAL FIRM	IADO	

	Ö	FORMAT				A LAS ACTIVI CORRU	DADES DE CO	MARCOS ESE DNTROL DE MAPA DE RIESGO	OS DE	Versión 1 Vigencia 25/09/202	a	F	Código R-PDE-01 ento Controlado
	PROCESO					TESOI	RERÍA			FECHA		1	4/04/2023
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	INECIFIENTE EVIDENCIA EN SISTEMA DE INFORMACIÓ N 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.
	OBSERVACI RECOMEND		se ha present	ado que	e en el p	oortal Sistema	Generdor de ir	nformes cuando se anula un recil para evitar cor		la descarga, por lo ta	nto se recom	ienda realizar e	el ajuste en el sistema
RI	ESPONSABLE [DEL PROCESO	NOMBRE			IVAN JO	OSE JIMENEZ	RICARDO		ORI	GINAL FIRM	IADO	
RES	PONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE			ISAI M	IANUEL RUIZ I	ROMERO		ORI	GINAL FIRM	IADO	

	Ċ		ŀ	IOSPIT	AL RE	GIONAL DE II	NIVEL DE SA	N MARCOS ESE		Versi	ón		Código FR-PDE-01
		FORMATO PA	ARA EL SEGUIM	IENTO	A LAS	ACTIVIDADE	S DE CONTRO	DL DE MAPA DE RIESGOS DE CO	RRUPCIÓN	Vigen 25/09/2			Documento Controlado
	PROCESO					CONTA	BILIDAD			FECH	IA		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	FAVORECIMIEN TOS 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 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.
	OBSERVACIO RECOMENDA												
	RECOMENDACIONES RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE			CARLO	OS DANIEL LA	RROTA DIAZ				ORIGINAL FIRMAI	00
RI	ESPONSABLE DEL	SEGUIMIENTO	NOMBRE			ISAI	MANUEL RUI	Z ROMERO				ORIGINAL FIRMAI	00

	(T)	FORMATO						MARCOS ESE NTROL DE MAPA DE RIESO	COE DE		sión 1 encia		Código FR-PDE-01
		FORMATO	PARA EL SE	GUIMIE	NIOA	CORRUE		NIROL DE MAPA DE RIESC	302 DE		9/2020		Documento Controlado
	PROCESO					ALMA	CÉN			FE	CHA		14/04/2023
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSA BLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
9	ALMACÉN	INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONE S 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, comparandolo 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.
	OBSERVACI RECOMEND			1									
RE	ESPONSABLE I	DEL PROCESO	NOMBRE			SAI	D BITAR ORTI	EGA			0	RIGINAL FIRM	//ADO
RES	PONSABLE DE	EL SEGUIMIENTO	NOMBRE			ISAI MA	NUEL RUIZ R	OEMRO			0	RIGINAL FIRM	//ADO

111	T	FORMATO		_	NTO A	LAS ACTIVID	ADES DE CO PCIÓN	MARCOS ESE NTROL DE MAPA DE RIESG	OS DE	Versión 1 Vigencia 25/09/202	1		Código FR-PDE-01 nento Controlado
	PROCESO				AUDIT	ORÍA DE CUE	ENTAS MÉDIC	AS		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	DE PAGO POR NO TRAMITE DE	OMISIÓN O INOPORTUNIDA D EN LA RESPUESTA DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONE S 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 Auditoria de Cuentas Medicas. De igual manera se verifica el acta de revision trimestral se encuentra en carpeta debidamente diligenciada y firmada.
	OBSERVACION RECOMEND												
RI	ESPONSABLE [DEL PROCESO	NOMBRE			ESTE	LA PARDO M	OLINA		OR	IGINAL FIR	MADO	
RES	PONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE			ISAI MA	NUEL RUIZ R	OMERO		OR	IGINAL FIR	MADO	

	ö		НО	SPITAL	REGIO	ONAL DE II N	IVEL DE SAN	MARCOS ESE		Versi 1	ón		Código FR-PDE-01
	A	FORMATO	PARA EL SE	GUIMIE	NTO A	LAS ACTIVIE		NTROL DE MAPA DE RIESGO	S DE	Vigen 25/09/2		D	ocumento Controlado
	PROCESO					FACTUR.	ACIÓN			FECH	łΑ		14/04/2022
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABL E	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 FACTURAN, DESCONOCIMI ENTO 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.
	OBSERVACIO RECOMENDA												
R	ESPONSABLE D	EL PROCESO	NOMBRE			ADONAIS IGN	NACIO CALDE	RA VILLADIEGO			ORIG	INAL FIRMAD	0
RE	SPONSABLE DEL	. SEGUIMIENTO	NOMBRE			ISAI M	IANUEL RUIZ I	ROMERO			ORIG	INAL FIRMAD	0

			НО	SPITAL	REGIO	ONAL DE II NI	VEL DE SAN I	MARCOS ESE		Versión 1			Código R-PDE-01
		FORMATO	PARA EL SE	GUIMIE	NTO A	LAS ACTIVID		NTROL DE MAPA DE RIESG	OS DE	Vigencia 25/09/202			ento Controlado
	PROCESO					JURÍD				FECHA		1-	4/04/2023
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 PARTICULAR ES Y POCA OBJETIVIDAD EN LA SELECCIÓN DE OFERENTES	З	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 Oficinal Jurídica	Cada que se realice un contrato	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos perfeccionado s	Se realiza la revisión de 2 contratos de proveedores aleatoriamente, celebrados de enero a marzo del 2022, Contratista NISSI S.A.S Y el contratio 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 CONTRACTUALE S PARA FAVORECIMIENT O DE TERCEROS	FÁCIL ACCESO A LA INFORMACIÓ N POR CONDICIONE S DE FALTA DE ESPACIO E INSEGURIDA D	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 perfeccionado s	Se realiza la revisión al libro de control de préstamo y se evidencia su correcto diligenciamiento.
	OBSERVACI RECOMEND												
RE	SPONSABLE [DEL PROCESO	NOMBRE			JOSE	ABUCHAIBE	DIAZ		ORI	GINAL FIRM	IADO	
RES	PONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE			ISAI MA	NUEL RUIZ R	OMERO		ORI	GINAL FIRM	IADO	



SEGUNDO TRIMESTRE

E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov

	T	FORMAT		_		LAS ACTIVIE	ADES DE CO	MARCOS ESE NTROL DE MAPA DE RIESG	OS DE	Versión 1 Vigencia	1	Doc	Código FR-PDE-01 umento Controlado
	PROCESO					CORRUI LABORATOR				25/09/202 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.
	OBSERVACIO RECOMENDA												
RE	SPONSABLE D	EL PROCESO	NOMBRE			JENNI	FER ÁLVARE	Z EALO			ORIGINAL F	IRMADO	
	RESPONSAE SEGUIMII		NOMBRE			MARTHA	NÉS SIERRA	A FLÓREZ			ORIGINAL F	IRMADO	

	ani		HOSPIT	ΓAL RE	GIONAL	DE II NIVEL [DE SAN MARC	COS ESE		Versión 1			Código FR-PDE-01
		FORMATO PA	ARA EL SEGUIMIENTO	A LAS	ACTIVII	DADES DE CO	NTROL DE M	IAPA DE RIESGOS DE COF	RRUPCIÓN	Vigencia 25/09/202		Docui	mento 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 SEGUIMUENTO A LA CARTERA Y GESTION DE COBRO ANTE LAS ERP	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de cartera, proyecta el oficio de circularizacion a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuracion de la cartera y conciliaciones.		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 Boletír 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	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 segundo trimestre de 2023 (abril a junio) no se recibieron propuestas de liquidación de contratos con las ERP
	OBSERVACI RECOMEND				ı	1		•				1	
RE	SPONSABLE	DEL PROCESO	NOMBRE			JOSE ALBEI	RTO FORTICH	H ARROYO			ORIGINAL F	IRMADO	
	RESPONSA SEGUIM		NOMBRE			MARTHA I	NÉS SIERRA	FLOREZ			ORIGINAL F	IRMADO	

	(7)	FORMATO						MARCOS ESE NTROL DE MAPA DE RIES	GOS DE	Versión 1 Vigencia		FI	Código R-PDE-01 nto Controlado
	222222					CORRUE				25/09/202	_		
	PROCESO		1			PRESUPL	JESTO	1	ı	FECHA	1	12	2/07/2023
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	CERTIFICADO	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 rublos afectados concuerdan con los codigos presupuestales del año 2023.
	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES												
	RESPONSABLE DEI	L PROCESO	NOMBRE			ANDRÉS	OLIVARES BA	LDOVINO		ORI	GINAL FIRM	IADO	
RI	ESPONSABLE DEL S	SEGUIMIENTO	NOMBRE			MARTHA	INÉS SIERRA	A FLÓREZ		ORI	GINAL FIRM	IADO	

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								Versión 1 Vigencia 25/09/2020		Código FR-PDE-01 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	S PARA	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 perfeccionad os	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
	OBSERVACI RECOMEND												
RESPONSABLE DEL PROCESO			NOMBRE	E EDELBERTO LUIS AGAMEZ PRASCA					ORIGINAL FIRMADA				
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			NOMBRE	MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ					ORIGINAL FIRMADA				

	T	FORMAT				LAS ACTIVI	DADES DE CO PCIÓN	MARCOS ESE ONTROL DE MAPA DE RIESGO	OS DE	Versión 1 Vigencia 25/09/202	1	FI Docume	Código R-PDE-01 ento Controlado
	PROCESO					TESOF	RERÍA			FECHA		1:	3/07/2023
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	INECIFIENTE EVIDENCIA EN SISTEMA DE INFORMACIÓ N 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.
	OBSERVACI RECOMEND		se ha present	ado que	en el p	ortal Sistema	Generdor de in	formes cuando se anula un recil para evitar cor		la descarga, por lo ta	nto se recom	ienda realizar e	el ajuste en el sistema
RE	ESPONSABLE I	DEL PROCESO	NOMBRE			IVAN JO	OSE JIMENEZ	RICARDO		ORI	GINAL FIRM	IADA	
RES	PONSABLE DE	EL SEGUIMIENTO	NOMBRE			MARTH	A INES SIERR	A FLOREZ		ORI	GINAL FIRM	IADA	

	්ත්		ŀ	IOSPIT	AL REC	GIONAL DE II	NIVEL DE SA	N MARCOS ESE		Versi	ón		Código FR-PDE-01
		FORMATO PA	RA EL SEGUIM	IENTO	A LAS	ACTIVIDADES	S DE CONTRO	DL DE MAPA DE RIESGOS DE CO	RRUPCIÓN	Vigen- 25/09/2			Documento Controlado
	PROCESO					CONTA	BILIDAD			FECH	IA		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	FAVORECIMIE NTOS 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 sevidencia el visto bueno de la oficina de jurídica es importante que las cuentas de cobro del 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			CARLO	OS DANIEL LA	RROTA DIAZ				ORIGINAL FIRMA	DA
RE	RESPONSABLE DEL PROCESO ESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE			MART	HA INÉS SIEF	RRA FLÓREZ				ORIGINAL FIRMA	DA

1 1	(P)	FORMATO				LAS ACTIVID	ADES DE CO	MARCOS ESE NTROL DE MAPA DE RIESO	GOS DE	Vige 25/09	sión 1 encia 9/2020		Código FR-PDE-01 Documento Controlado
	PROCESO					ALMAC	CÉN			FE(CHA		14/07/2023
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSA BLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
9	ALMACÉN	INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONE S EXIGIDAS EN EL CONTRATO	MOMENTO DE LA RECEPCIÓN	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, comparandolo 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.
	OBSERVACI RECOMEND												
R	ESPONSABLE I	DEL PROCESO	NOMBRE			SAII	D BITAR ORTI	EGA			C	RIGINAL FIRM	I IADA
RES	SPONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE			MARTHA	INÉS SIERRA	FLÓREZ			O	RIGINAL FIRM	MADA

	PROCESO	FORMATO			NTO A	LAS ACTIVID	ADES DE CO	MARCOS ESE NTROL DE MAPA DE RIESG AS	GOS DE	Versión 1 Vigencia 25/09/202 FECHA		FI Docume	Código R-PDE-01 ento Controlado 2/07/2023
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 INOPORTUNID AD EN LA RESPUESTA DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONE S 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 Medicas. De igual manera se verifica que el acta de revisión trimestral se encuentra en la carpeta debidamente diligenciada y firmada.
	OBSERVACION RECOMEND												
RE	ESPONSABLE [DEL PROCESO	NOMBRE			ESTE	LA PARDO MO	DLINA		ORI	GINAL FIRM	ADA	
RES	PONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE			MARTHA	INÉS SIERRA	FLÓREZ		ORI	GINAL FIRM	ADA	

	්ත්		НО	SPITAL	REGIO	NAL DE II NI	VEL DE SAN	MARCOS ESE		Versio	ón		Código FR-PDE-01
		FORMATO	D PARA EL SE	GUIMIE	NTO A	LAS ACTIVID		NTROL DE MAPA DE RIESGO	S DE	Vigeno 25/09/2		D	ocumento Controlado
	PROCESO					FACTUR				FECH			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	13 FACTURACION SERVICIOS PRESTADOS N		PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARE S Y POCA OBJETIVIDAD AL MOMENTO DE FACTURAR, DESCONOCIMI ENTO 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.
	OBSERVACIO RECOMENDA												
F	RECOMENDACIONES RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE		ı	ADONAIS IGN	IACIO CALDE	RA VILLADIEGO			ORIG	INAL FIRMAD	A
RE	SPONSABLE DEL	SEGUIMIENTO	NOMBRE			MARTH	A INÉS SIERR	A FLÓREZ			ORIG	INAL FIRMAD	A

	***		НО	SPITAL	REGIO	ONAL DE II NI	VEL DE SAN N	MARCOS ESE		Versión 1	ı		Código R-PDE-01
		FORMATO	PARA EL SE	GUIMIE	NTO A	LAS ACTIVID		NTROL DE MAPA DE RIESG	OS DE	Vigencia 25/09/202			ento Controlado
ı	PROCESO					JURÍDI				FECHA		21	1/07/2023
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 PARTICULAR ES Y POCA OBJETIVIDAD EN LA SELECCIÓN DE OFERENTES	o	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 Oficinal Jurídica	Cada que se realice un contrato	N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos perfeccionado S	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 SINTRAGESA 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	FÁCIL ACCESO A LA INFORMACIÓ N POR CONDICIONE S DE FALTA DE ESPACIO E INSEGURIDA D	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 perfeccionado s	Se realiza la revisión al libro de control de préstamo y se evidencia su correcto diligenciamiento.	
	OBSERVACIO RECOMEND								•			•	
RE	SPONSABLE [DEL PROCESO	NOMBRE			KATHERIN	E PATERNINA	A ARRIETA		ORI	GINAL FIRM	IADA	
RESI	PONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE			MARTHA	INÉS SIERRA	FLÓREZ		ORI	GINAL FIRM	IADA	



TERCER TRIMESTRE

E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov

	CR		Н	OSPITA	L REG	IONAL DE	I NIVEL DE	SAN MARCOS ESE		Versió 1	n		Código FR-PDE-01
		FORMA	TO PARA EL SE	GUIM	ENTO .		IVIDADES D RUPCIÓN	E CONTROL DE MAPA DE RIESGO	S DE	Vigenc 25/09/20			Documento Controlado
	PROCESO					LABORAT	ORIO CLÍNIC	00		FECH	Ą		12/10/2023
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	ТІЕМРО	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.
	OBSERVACIO RECOMENDA												
RE	SPONSABLE D	RECOMENDACIONES SPONSABLE DEL PROCESO NOMB						VAREZ EALO de Laboratorio			ORIG	INAL FIRMA	DO
	RESPONSAI SEGUIMI		NOMBRE		F			IERRA FLÓREZ el proceso de planeación			ORIG	INAL FIRMA	NDO

	රත්		HOSPIT	AL RE	GIONAL	DE II NIVEL [DE SAN MAR	RCOS ESE		Versión 1	1		Código FR-PDE-01
		FORMATO PA	RA EL SEGUIMIENTO	A LAS	ACTIVID	ADES DE CO	NTROL DE	MAPA DE RIESGOS DE COI	RRUPCIÓN	Vigenci 25/09/20			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 SEGUIMUENTO A LA CARTERA Y GESTION DE COBRO ANTE LAS ERP	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de cartera, proyecta el oficio de circularizacion a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuracion 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, coloco 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.
	OBSERVACI RECOMEND												
R	ESPONSABLE I	DEL PROCESO	NOMBRE			JOSE ALBE	RTO FORTIO efe de Carter					ORIGINAL FI	RMADO
	RESPONSA SEGUIM		NOMBRE		Profe		NÉS SIERR yo en el prod	A FLÓREZ ceso de planeación				ORIGINAL FI	RMADO

	ĠĎ		HOSPITAI	L REGI	ONAL D	E II NIVEL D	E SAN MARC	OS ESE		Versi 1			Código FR-PDE-01
		FORMATO PAR	RA EL SEGUIMIENTO A	LAS A	CTIVIDA	DES DE CO	NTROL DE MA	APA DE RIESGOS DE CORR	UPCIÓN	Vigen 25/09/2		Docu	mento Controlado
	PROCESO				PRE	SUPUESTO)			FECI	ΗA		12/10/2023
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABL E	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	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 rublos afectados concuerdan con los códigos presupuestales del año 2023.
овя	SERVACIONES Y/O F	RECOMENDACIONES	Apartir del mes de se	eptiemb	re por m	otivos de la f	usión de los H	lospitales de San Marcos, Co desde el HU		con el Universita	ario de Since	lejo los CDP y	RP se estan expidiendo
	RESPONSABLE D	DEL PROCESO	NOMBRE				OLIVARES BA				ORIGINAL	FIRMADO	
	RESPONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE		Prof		NÉS SIERRA poyo en el proc	A FLÓREZ eso de planeación			ORIGINAL	FIRMADO	

(FORMATO					ES DE CON	ARCOS ESE TROL DE MAPA DE RIESO	GOS DE	Versión 1 Vigenci	a	Do	Código FR-PDE-01 cumento Controlado
F	PROCESO				TA	CORRUPCIÓ				25/09/20 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.
	OBSERVAC RECOMEN			<u> </u>		!		!	!	!	!		
RE	RECOMENDACIONES ESPONSABLE DEL PROCES		NOMBRE		I		LUIS AGAN er de progra	MEZ PRASCA ma			ORIGINA	AL FIRMADO	
	ESPONSABLE DEL PROCESO RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE		Profe		NES SIERR yo en el prod	A FLOREZ ceso de planeación			ORIGINA	AL FIRMADO	

	TO	FORMAT						MARCOS ESE NTROL DE MAPA DE RIESGO	ne ne	Versión 1 Vigenci			Código FR-PDE-01
1		FORWIAT	O PARA EL SEG	JIIVIIEN	IOALA	CORRUPO		NIROL DE MAPA DE RIESGO)3 DE	25/09/20		Doo	cumento Controlado
	PROCESO					TESORE	RÍA			FECHA	١		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	INECIFIENTE 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.
	OBSERVACIO RECOMENDA					1	•		l		•		
RE	RECOMENDACIONES		NOMBRE			EDELBERT	O LUIS AGA Tesorero (I	MMEZ PRASCA			ORIGIN	NAL FIRMADO	
	RESPONSAI SEGUIMI		NOMBRE		Prof			RA FLOREZ oceso de planeación			ORIGIN	NAL FIRMADO	

	්ත්		НО	SPITAL	REGIO	NAL DE II NIV	/EL DE SAN M	ARCOS ESE		Versić 1	n		Código FR-PDE-01
		FORMATO	PARA EL SEGUIMIEN	NTO A	LAS AC	TIVIDADES D	E CONTROL I	DE MAPA DE RIESGOS DE CORRI	JPCIÓN	Vigeno 25/09/2			Occumento Controlado
	PROCESO					CONTABIL	IDAD			FECH	Α		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 prestacion 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												
F	RESPONSABLE DE	NOMBRE			CARLO	OS DANIEL LA Contado					ORIGINAL FIRMADO		
RE	SPONSABLE DEL	SEGUIMIENTO	NOMBRE		ı		HA INÉS SIER apoyo en el pr	RA FLÓREZ oceso de planeación				ORIGINAL FIRMADO	

		FORMATO				AS ACTIVIDA	DES DE CO	MARCOS ESE DNTROL DE MAPA DE RIES	GOS DE	Vige	sión 1 encia		Código FR-PDE-01 Documento Controlado
Η.	PROCESO					CORRUPC ALMACÉ	_			25/09 FEC	/2020		12/10/2023
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONS ABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
9	ALMACÉN	INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONE S 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, comparandolo 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	A I m a c e n i s t a	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
	OBSERVAC RECOMENI												
RE	RECOMENDACIONES ESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE		Auxilia		SE BITAR (con funcio	DRTEGA ones jefe de almacen				ORIGINAL FI	RMADO
	RESPONSA SEGUIM		NOMBRE		Profe	MARTHA IN sional de apoy		A FLÓREZ ceso de planeación				ORIGINAL FI	RMADO

ć	TH							MARCOS ESE		Versi			Código FR-PDE-01
		FORMATO F	PARA EL SEGUII	MIENTO	_	ACTIVIDAD CORRUPCI	-	ONTROL DE MAPA DE RIESG	OS DE	Vigen 25/09/2		l	Documento Controlado
Р	ROCESO			AUI		DE CUENT		ICAS		FECH			12/10/2023
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABL E	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	REDUCI R	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 Auditoria de Cuentas Medicas. De igual manera se verifica el acta de revision trimestral el cual se encuentra en carpeta debidamente diligenciada y firmada.
	OBSERVAC RECOMEN			·		!			!	1	<u> </u>		
RES	SPONSABLE	DEL PROCESO	NOMBRE					O MOLINA uentas medicas			ORIG	SINAL FIRMAI	00
	RESPONS SEGUIN		NOMBRE		Profes			RRA FLÓREZ proceso de planeación			ORIC	GINAL FIRMAI	00

	č		HOSI	PITAL F	REGION	IAL DE II NIVI	EL DE SAN	MARCOS ESE		Versión 1			Código FR-PDE-01
		FORMATO	PARA EL SEGI	JIMIEN	TO A L	AS ACTIVIDA CORRUPC		ONTROL DE MAPA DE RIESO	GOS DE	Vigencia 25/09/202		ı	Documento Controlado
	PROCESO					FACTURAC	CIÓN			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, DESCONOCIMIE NTO 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.
	OBSERVACIO RECOMENDA												
R	ESPONSABLE D	DEL PROCESO	NOMBRE		AD		CIO CALDE nador de Fa	ERA VILLADIEGO cturación			ORIGI	NAL FIRMADO)
RES	SPONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE		Profe			RA FLÓREZ oceso de planeación			ORIGI	NAL FIRMADO)

	්ත්			HOSP	ITAL R	EGIONAL D	DE II NIVEL D	DE SAN MARCOS ESE		Versió 1	n		Código FR-PDE-01
		FORMATO F	PARA EL SEGUII	MIENT	O A LA	S ACTIVIDA	ADES DE CO	NTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUP	CIÓN	Vigenc 25/09/20			Documento Controlado
Р	ROCESO						JURÍDICA			FECH	4		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 osbservan 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 Oficinal 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		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.
		ACIONES Y/O ENDACIONES											
		ISABLE DEL OCESO	NOMBRE			K		PATERNINA ARRIETA sora Jurídico				ORIGINAL F	FIRMADO
		ISABLE DEL JIMIENTO	NOMBRE					ÉS SIERRA FLÓREZ o en el proceso de planeación				ORIGINAL F	IRMADO



CUARTO TRIMESTRE

E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov

	(FF)		Н	OSPITA	L REG	IONAL DE I	I NIVEL DE	SAN MARCOS ESE		Versió 1	n		Código FR-PDE-01
		FORMA	TO PARA EL SE	EGUIMI	IENTO A		IVIDADES D RUPCIÓN	E CONTROL DE MAPA DE RIESGOS	S DE	Vigenc 25/09/20			Documento Controlado
	PROCESO					LABORAT	ORIO CLÍNIO	0		FECH	4		15/01/2024
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	ТІЕМРО	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								T				
RE	ESPONSABLE D	EL PROCESO	NOMBRE					LA ARROYO de Laboratorio			ORIG	INAL FIRMA	DO
	RESPONSA SEGUIMI		NOMBRE		F			IERRA FLÓREZ el proceso de planeación			ORIG	INAL FIRMA	,DO

	ini		HOSPIT	AL RE	GIONAL	DE II NIVEL	DE SAN MAF	RCOS ESE		Versiór 1			Código FR-PDE-01
		FORMATO PA	RA EL SEGUIMIENTO	A LAS	ACTIVID	ADES DE CO	ONTROL DE	MAPA DE RIESGOS DE CO	RRUPCIÓN	Vigenci 25/09/202			Documento Controlado
F	PROCESO					CARTERA				FECHA	١		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 SEGUIMUENTO A LA CARTERA Y GESTION DE COBRO ANTE LAS ERP	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de cartera, proyecta el oficio de circularizacion a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuracion 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		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, asi 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.
	OBSERVACI RECOMEND			1	ı		1				1		
RE	SPONSABLE I	DEL PROCESO	NOMBRE				RTO FORTION	CH ARROYO ra				ORIGINAL FI	RMADO
	RESPONSA SEGUIM		NOMBRE		Profe		INÉS SIERR byo en el prod	A FLÓREZ ceso de planeación				ORIGINAL FI	RMADO

	ĠĎ		HOSPITAI	L REGI	ONAL D	E II NIVEL D	E SAN MARC	OS ESE		Versi 1			Código FR-PDE-01
		FORMATO PAR	RA EL SEGUIMIENTO A	LAS A	CTIVIDA	DES DE CO	NTROL DE MA	APA DE RIESGOS DE CORR	UPCIÓN	Vigen 25/09/2		Docu	mento Controlado
	PROCESO				PRE	SUPUESTO)			FECI	ΗA		15/01/2024
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABL E	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	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.
овя	SERVACIONES Y/O F	RECOMENDACIONES		•	•	•	•	•	•	•		•	•
	RESPONSABLE D	DEL PROCESO	NOMBRE				OLIVARES BA				ORIGINAL	FIRMADO	
	RESPONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE		Prof		INÉS SIERRA poyo en el proc	A FLÓREZ eso de planeación			ORIGINAL	FIRMADO	

	PROCESO	FORMATO) A LAS	L DE II NIVEL ACTIVIDADI CORRUPCIÓ LENTO HUM	ES DE CON	ARCOS ESE TROL DE MAPA DE RIESO	GOS DE	Versió 1 Vigenc 25/09/20 FECH/	ia 20	Doc	Código FR-PDE-01 cumento Controlado 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												
RE			NOMBRE		E		LUIS AGAI er de progra	MEZ PRASCA ima			ORIGIN	IAL FIRMADO	
	RESPONSABLE DEL PROCESO RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		NOMBRE		Profe	MARTHA II sional de apoy		A FLOREZ ceso de planeación			ORIGIN	NAL FIRMADO	

										Versión	1		Código
	CPS)		HOS	PITAL F	REGION	AL DE II NIV	EL DE SAN	MARCOS ESE		1	•		FR-PDE-01
		FORMAT	O PARA EL SEGI	JIMIEN	TO A LA			NTROL DE MAPA DE RIESGO	S DE	Vigenci		Dog	cumento Controlado
						CORRUPO				25/09/20		500	
	PROCESO					TESORE	RÍA			FECHA	١		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	INECIFIENTE 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												
RE	RECOMENDACIONES RESPONSABLE DEL PROCESO		NOMBRE			EDELBERT	TO LUIS AGA Tesorero (I	AMEZ PRASCA E)			ORIGIN	NAL FIRMADO	
	RESPONSAE SEGUIMII		NOMBRE		Prof			RA FLOREZ oceso de planeación			ORIGIN	NAL FIRMADO	

	ĠĠ		НО	SPITAL	REGIO	NAL DE II NIV	/EL DE SAN M	ARCOS ESE		Versić 1	n		Código FR-PDE-01
		FORMATO	PARA EL SEGUIMIEN	A OTM	LAS AC	TIVIDADES D	E CONTROL [DE MAPA DE RIESGOS DE CORR	JPCIÓN	Vigeno 25/09/2			Occumento Controlado
	PROCESO					CONTABIL	IDAD			FECH	A		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 prestacion 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.
	OBSERVACIO RECOMENDA												
F	RESPONSABLE DE	NOMBRE			CARLO	OS DANIEL LA Contado					ORIGINAL FIRMADO		
RE	SPONSABLE DEL	SEGUIMIENTO	NOMBRE		F		HA INÉS SIER apoyo en el pr	RA FLÓREZ oceso de planeación				ORIGINAL FIRMADO	

	(A)	FORMATO						MARCOS ESE	GOS DE	1	sión 1 encia		Código FR-PDE-01
		TORMATO	ANA LL OLO	OliviiLi	110 A L	CORRUPC		NINOE DE MAI A DE NIES	GOS DE	_	/2020		Documento Controlado
	PROCESO					ALMACÉ	N			FEC	CHA		15/01/2024
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONS ABLE	TIEMPO	INDICADOR	EVIDENCIAS PRESENTADAS
9	ALMACÉN	INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONE S 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, comparandolo 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	A I m a c e n i s t a	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
	OBSERVAC RECOMEND												
RE	SPONSABLE	DEL PROCESO	NOMBRE		Auxiliar		SE BITAR O	DRTEGA nes jefe de almacen				ORIGINAL FI	RMADO
	RESPONSA SEGUIM		NOMBRE		Profe	MARTHA IN sional de apoy		A FLÓREZ ceso de planeación				ORIGINAL FI	RMADO

č	7							MARCOS ESE		Versi			Código FR-PDE-01
		FORMATO F	ARA EL SEGUII	MIENTO	_	ACTIVIDAD CORRUPCI	-	ONTROL DE MAPA DE RIESG	OS DE	Vigen 25/09/2		ı	Documento Controlado
Р	ROCESO			AUI		DE CUENT		ICAS		FECH			15/01/2024
No	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PROB	IMPAC	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABL E	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	REDUCI R	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 Auditoria de Cuentas Medicas. De igual manera se verifica el acta de revisión trimestral el cual se encuentra en carpeta debidamente diligenciada y firmada.
	OBSERVAC RECOMEN			·		!			!	1	<u> </u>		
RES	SPONSABLE	DEL PROCESO	NOMBRE					O MOLINA uentas medicas			ORIG	SINAL FIRMAI	00
	RESPONS SEGUIN		NOMBRE		Profes			RRA FLÓREZ proceso de planeación			ORIC	SINAL FIRMAI	00

က်			HOSPIT	ΓAL RE	GIONA	L DE II NIVI	EL DE SAN	I MARCOS ESE		Versió 1	n	Código FR-PDE-01		
		FORMATO	PARA EL SEGUII	MIENTO		CORRUPC		ONTROL DE MAPA DE RIESGOS	DE	Vigenc 25/09/20		Documento Controlado		
	PROCESO					FACTURAC	CIÓN			FECH/	A		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 lider 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.	
	OBSERVACI RECOMEND													
R	ESPONSABLE [DEL PROCESO	NOMBRE		Al			LDERA VILLADIEGO Facturación	ORIGINAL FIRMADO					
RES	SPONSABLE DE	L SEGUIMIENTO	NOMBRE		Pro			ERRA FLÓREZ proceso de planeación	ORIGINAL FIRMADO					

	්ත්			HOSP	ITAL R	EGIONAL I	DE II NIVEL D	DE SAN MARCOS ESE		Versió 1	n	Código FR-PDE-01			
		FORMATO I	PARA EL SEGUII	MIENT	O A LA	S ACTIVIDA	ADES DE CO	NTROL DE MAPA DE RIESGOS DE CORRUP	CIÓN	Vigencia 25/09/2020		Documento Controlado			
Р	ROCESO	JURÍDICA								FECH	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 Oficinal 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		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.		
		ACIONES Y/O ENDACIONES													
		NSABLE DEL OCESO	NOMBRE			ŀ		PATERNINA ARRIETA sora Jurídico				ORIGINAL F	FIRMADO		
		NSABLE DEL JIMIENTO	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

T)

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



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 COMPONENT E AREA LINEAS DE INDICADORES ACCION DE GESTION METODOLÓGI CA SOPORTE Y/O EVIDENCIA Objetivo Desivo EVIDENCIA Objetivo Desivo D

ITEM	COMPONENT E	AREA	LINEAS DE ACCION	INDICADORES DE GESTION	DESCRIPCIÓN METODOLÓGI CA	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	procesos de mantenimient o preventivo y correctivo de	de programa de	Activiades ejecutadas*10	de mantenimient o preventivo del mes y las actividades de mantenimient o ejecutadas(esto aplica	Mantenimient os preventivo y Correctivo de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos de acuerdo a la	Plan Formulado y ejecución del 100% del Plan de Mantenimient o preventivo y correctivo	100%	Mensual	Planificar, ejecutar y hacerle seguimiento mensual al plan de Mantenimient o preventivo y correctivo de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos	1/01/2023	31/12/2023

3	Administrativ O
---	--------------------

4	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 correspondien te a aportes de seguridad social no pagados	reportado, suscrita por el contador y subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces.			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
5			Monto de la	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondien te 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.	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	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 salarias del personal de planta de la ESE Hospital	1/01/2023	31/12/2023

6			Monto de la deuda de salarios	cierre del	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 deuda salarial al personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.	1/01/2023	31/12/2023
7		ejercicio y	Utilidad o pérdidas acumuladas del período	Valor registrado al cierre del período en los estados financieros	1	cuenta las	dar a conocer el resultado del ejercicio.	100%	Mensual	Reconocer todas las operaciones financieras de la entidad.	1/01/2023	31/12/2023

8		Depurar los estados financieros	Razonabilidad de estados Financieros	Dictamen del Contralor, Revisor Fiscal y/o Contador	(Contralor Designado): Dictamen del contralor, revisor fiscal y/o contador.	Deudores: Depurar las cuentas por cobrar registrados en los estados financieros a su valor real cobrable y razonable	Conciliar el 100% del total registrado	100%	Mensual	2 Comparación saldos entre los departamento s. Implementar políticas de gestión a través de mesas de trabajo, las conciliaciones de saldos entre el área de contabilidad y las demás áreas, procedimiento s que no habían sido realizados por los anteriores administrador es: • Tesorería: realización de	1/01/2023	31/12/2023
9	Contabilidad		Dias de Rotación de cuentas por pagar	Días del período / Compras a crédito del período/ Promedio de cuentas por pagar	Certificación suscrita por el contador, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	dias de rotación	Mantener los dias de rotación dentro de la meta establecida.	100%	Mensual	las conciliaciones Realizar un inventario de las cuentas por pagar, según edad, detalle, fecha de vencimiento y valor Unificar los pagos priorizando los de mayor edad de vencimiento	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	incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Reporte de	rotación en la cartera presentada en la linea	disminuir en un 50% el total de la rotacion de la cartera Para el 2023	100	% Mensual	Revisar la cartera frente a su cobrabilidad, versus costo beneficio Realizar jornadas de conciliacion y ajustes por procesos de glosas para disminuir el riesgo de perdida por objeciones Iniciar un plan de recaudo con los principales pagadores, ademas de ajustar a los verdaderos valores cobrables al corto plazo	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	-----------------------------------	---	--	--	---	-----	-----------	---	-----------	------------

12	Financiero	Facturación y Cartera	Mejorar los procesos de facturación y cartera	Porcentaje de facturación radicada	Valor de facturación del período radicada en términos*100/ valor de facturación del período	administrativo y/o financiero o quien haga sus veces,que incluya el	menos el 95% de los servicios prestados y facturados a	La ESE HRSM radicará la facturación de los servicios prestados del periodo.	100%	Mensual	iniciar un inventario de la facturación peniente de radicar, con sus causas de la no radicación, valor, y entidad Circularizar a las EPS las razones del porque no se puede radicar los servicios facturados Presentar las razones a la SNS presentadas por cada una de las EPS de la no radicación. Presentar las razones a la SPS de la no radicación.	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 de descripción metodológica	Mantener la glosa dentre 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 oportuamente cada una de las objeciones Iniciar inventario de las causas de las oglosas definitivas en vigencias anteirores Realizar estudio para cada una de las pertinencias de las aceptaciones	1/01/2023	31/12/2023
Porcentaje de objeción	período*100/ Valor total de facturación	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero y responsable de auditoría de cuentas o quien haga sus veces,	partiendo de una facturación	Mantener el indicador por debajo del 15% de la glosa inicial.	9,00%	Mensual	y por ende evitar quue no se presente de nuevo realizar inventario de las actuales objeciones, dando respuesta, evaluando con estas evitar que se	1/01/2023	31/12/2023
	del período	que incluya el desarrollo de la descripción	posteriorment e				presenten nuevamente		

15	Dr	resunuesto	Corregir el déficit	Balance presupuestal con recaudo (Obligaciones)	recaudados totales acumulados al período informado/ Obligaciones totales acumuladas al período informado	suscritos por el responsable del área y subgerente administrativo y/o financiero o	actividades pertinentes para intentar comprometer con base a los recaudos y no	Reducir el deficit presupuestal y de caja, con el fin de acercar el indicador al equilibrio presupuestal en la	0,80		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
----	----	------------	------------------------	--	---	---	---	---	------	--	--	-----------	------------

		r i e su pue sto	uencit		I	ı		a nava siá :-		iviciisuai	Unificar		
			presupuestal					operación · · ·			mensualment		
								corriente			e una		
								(balance			conciliación		
								presupuestal					
								de					
						,		reconocimient					
						Ejecución		os y con			contabilidad,		
						presupuestal		recaudo) para			cartera y		
						mensual y		la vigencia			presupuesto,		
						acumulada		2023.			para		
					Ingresos	firmada y					determinar		
					reconocidos	Certificación					los saldos		
				Balance		suscrita por el					comprometid		
				presupuestal	acumulados	responsable					os versus		
				con	al período	del área y	deficit				registros		
16				reconocimient	informado /	subgerente	presupuestal		1,00		contables.	1/01/2023	31/12/2023
				neconocimient	Obligaciones	administrativo	para la						
				(Obligaciones)	totales	y/o	vigencia 2023				Realizar		
				(Obligaciones)	acumuladas al	financiero o					revisión de la		
					período	quien haga					totalidad los		
					informado	sus veces,					compromisos		
						que incluya el					presupuestale		
						desarrollo de					s de la		
						la descripción					vigencia.		
						metodológica.							
											Para los		
											compromisos		
											registrados,		
											pero no		
											ejecutados,		
											realizar las		

ſ		Juriuico	Judicial	judicial								Discriminar el		
	18			Judiciai	Procesos judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las tutelas.	Total de actuaciones en procesos judiciales durante el período dentro del término legal*100/Nú mero 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-	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	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 período	Valor de ventas realizadas en el período	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descipción metodológica. Reporte de facturación del período.		La facturación promedio mensual no podra 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 período	Valor de ventas realizadas en el período*100/ Valor de ventas estimadas en el período	y/o financiero o quien haga sus veces,	La facturación promedio mensual no podra ser inferior a los \$900 millones.	promedio mensual no podra ser inferior a los	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?"/Númer o 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 satisfación del usuario	Lograr que el indicador de percepeción de satisfacción del usuario se ubique en un 100%	95,00%	Mensual	- Adoptar estrategias de socialización de los derechos y deberes de los usuarios 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 Implementar estrategias de motivación a los usuarios a manifestar las PQRS, a través de los buzones y yfirina SIALI	1/01/2023	31/12/2023

22			Tasa de mortalidad materna	agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causasacciden tales * 100000/Núme	responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Se deben anexar las actas de los cómites de mortalidad en donde se especifique si la muerte era	Controlar la mortalidad materna	Mantener en 0 x 1.000 RNV la tasa de mortalidad materna	0 x 1000 N.V.	Mensual	- análisis de los casos de 100 % de los casos presentados - Implementar mecanismos de retroalimenta ción hacia los actores involucrados en casos de mortalidad materna Socialización y evaluación de adherencia a guías de atención del parto Adoptar las Guías de societas de socie	1/01/2023	31/12/2023
				pero no por causasacciden tales *	mortalidad en donde se especifique si					atención del parto. - Adoptar las		
		Mejorar los indicadores		ro total de nacidos vivos	o no evitable.					práctica clínica para control prenatal y		
	Efectividad de	de morbi mortalidad en								atención del		

	la atención	la población usuaria o afiliada		Número de muertes fetales con 22 semanas completas	Certificación suscrita por el				Implementar el control post natal institucional obligatorio en los casos de nacidos vivos		
23			Tasa de mortalidad perinatal	(154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento./N úmero 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	quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Se deben anexar las actas de los cómites 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	Mensual	en el Hospital Implementar mecanismos de retroalimenta ción hacia los actores involucrados en casos de mortalidad perinatal. - adoptar Guías de práctica clínica para control prenatal y atención del parto - socializar y evaluar adherencia	1/01/2023	31/12/2023

25	

	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage e n 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.	Serivicio de	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	Tiempo promedio de espera para en 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	científico y responsable del área o quien haga	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
----	--	---------	--------------	--	--	---	--	--	------------	---------	---	-----------	------------

_			I canuau uc										
ш		Canuau	l								- Verificación		
ш			atención								y seguimiento		
ш											diario de la		
ш											programación.		
ш													
ш											- Gestión en e		
ш							Establecer el				cumplimiento		
ш							porcentaje de				de la		
ш							cancelación				programación		
ш							de cirugía				de cirugía.		
ш					Número total	Certificacion	programada	Mantener el			- Realizar		
ш					de cirugías	suscrita por er	por causas	porcentaje de			medición		
ш					canceladas en	subgerente		cancelación			mensual del		
ш					el	científico y		de cirugía			indicador.		
ш				Porcentaje de	período atribu	l rocnoncahlo		_			- Socialización		
ш	27			cancelación	•	del área o		programada	F 000				24 /42 /2022
ш	21			de cirugía	ibles a la	quien haga		dentro del	5,009	6 Mensual	mensual con	1/01/2023	31/12/2023
ш				programada	Entidad * 100	SIIS VACAS	utilizado	rango			el equipo de		
ш					/ Número de	que incluva el	como Sistema				la unidad		
ш					cirugías	desarrollo de	ae	por los			funcional de		
ш					programadas	la descripción	Información	lineamientos			cirugía.		
ш					en el período	metodológica.	Institucional y	normativos			 Articulación 		
ш						metodologica.	mantenerlo				con las		
							dentro de los				unidades		
							lineamientos				funcionales		
							normativos				de urgencias y		
											hospitalizació		
											n.		
											- Capacitar al		
											personal		
											asistencial de		
											las unidades		

							- Establecer		
							formal y		
							oficialmente		
							el estándar de		
							número de		
							camas		
							instaladas en		
							observación		
							de urgencias		
		Certificación					- Ajustar el		
	Sumatoria de	suscrita por el					método para realizar el		
	días estancia	subgerente	Mantener el	Lograr que la			censo diario		
	en urgencias	científico y	porcentaje de	• .			del servicio		
Porcentaje de	en el	responsable	ocupación	servicio de			dei servicio de		
ocupación en	período*100/	del área o		observación	90,0%	Mensual	observación	1/01/2023	31/12/2023
urgencias	Total de días	quien haga		en urgencias	30,070	Wichisual	urgencias	1/01/2023	31/12/2023
argericias	estancia	sus veces,		no supere el			-		
	disponibles	que incluya el	hospital	100%			Implementar		
	en urgencias	desarrollo de					rondas diarias		
	en el período	la descripción					documentadas		
		metodológica.					de definición		
							de conductas		
							con el equipo		
							coordinador		
							del servicio		
							- Elaborar y		
							ejecutar un		
							programa de		
							actualización		
							en guías de		

30		Habilitación	Revisión y cumplimiento de requisitos de habilitación por servicios	Porcentaje de cumplimiento de requisitos de habilitación	habilitación*1	científico y responsable del área o quien haga	cumplimiento de los estándares de habilitación en todos los servicios	cumplimiento	85%		- Realizar autoevaluació n de estándares de habilitación, teniendo en cuenta los cambios contemplados en la Resolución 3100 de 2019 - realizar plan de mejoramiento orientado a cumplimiento de estándares de habilitación Activar comités de obligatorio cumplimiento - Realizar seguimientos a plan de mejoramiento - Realizar inversiones en		31/12/2023
----	--	--------------	--	---	----------------	---	--	--------------	-----	--	---	--	------------

31			Porcenta adherenc guías prioritari maternid Código c código a atención parto, I asfixia perinatal sepsis obstétric	Medición del porcentaje de adherencia de jo, cada una de ul, las guías * de 100 / total de	subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces,	maternidad	Lograr una adherencia del 100% a las guías prioritarias en maternidad	100%	Mensual	- Socializacior de guías de código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica, episiotomía y episiotrafia, 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 simularros	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	--	---	------------	--	------	---------	--	-----------	------------

32		Porcentaje c adherencia manual de buenas prácticas do esterilización

33		Seguridad Clínica	clínica en la	Porcentaje de	de eventos adversos	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	porcentaje de gestión de los eventos adversos y	Mejorar la medición del impacto de las acciones sobre la gestión de los eventos adversos	100%		Implementar una matriz de seguimiento a las acciones derivadas de los análisis causales de eventos de seguridad de pacientes - Establecer un reconocimient o 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 interdisciplinar io, con frecuencia semanal	1/01/2023	31/12/2023
----	--	----------------------	---------------	---------------	------------------------	---	--	---	------	--	---	-----------	------------

35			i	Tasa global de infección hospitalaria	de infecciones asociadas al cuidado de la salud del período*100/ Número total de egresos del período	responsable del área o quien haga	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%		- Divulgar al personal asistencial los criterios para la definición de caso de IAAS definido por norma del Instituto Nacional de Salud - Implementar la estrategia multimodal de higiene de manos definida por la OMS) - Fortalecer el área de Control de Infecciones a través del liderazgo de la designación de una persona de enfermería para ejercer el Control de Infecciones a través del liderazgo de la designación de una persona de enfermería para ejercer el Control de Infecciones a través del liderazgo de la designación de una persona de enfermería para ejercer el Control de Infecciones de Infe	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	---	---	--	---	--	--	-------	--	--	-----------	------------

36		Sistema Integrado de Información	Implementaci ón del sistema integrado de información	Porcentaje de implementaci ón del sistema integrado de información	Actividades ejecutadas*10 0 / Actividades programadas	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	reportes o procesar información en diferentes módulos se deben establecer actividades a mejorar para que se cuente con una información más aterrizada en cuento a la situación actual de la entidad y		80	% Me	1ensual	- Realizar' seguimiento de cada uno de los módulos actualmente implementado s Reportar por correo a la empresa desarrolladora del software cada uno de los inconveniente s del software Reportar y hacerle seguimiento a cada uno de los errores que reporten cada uno de los usuarios de los diferentes módulos Implementaci	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	---	---	---	---	--	----	------	---------	---	-----------	------------



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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

													PER	IODC): AÑ(O 202	23																							
			RESPONSABLE O															CR			A DE A	CTIVI	DADE	s															INDICADOR DE ESTRUCTURA,	NIVEL DE
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	LÍDER		ENE		F	EB		M/	AR		AB	3R		M/	ΑY		JU	N		JU			AG	0	<u>. </u>	SEP			ОСТ			NOV			DIC		PROCESO Y	CUMPLIMIE NTO
				1	2 3	3 4	1 2	3	4 1	2	3	4 1	2	3	4 1	2	3 4	1	2	3	1	2	3 4	1	2	3 4	1	2 3	4	1	2 3	4	1	2 3	4	1 2	2 3	4	RESULTADO	NIO
CONTROLAR EL USO INDEBIDO DE LOS INSUMOS PARA LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO	insumos para la	Verificación del informe de registros de facturación del sofware institucional	Coordinadora de Laboratorio									x									x									x								x	Formato de revisión FR-LAB- 47 completamente diligenciado y verificado con el informe del registro de facturación del sofware institucional	100%
HACER SEGUIMIENTO A LA CARTERA Y HACER GESTIÓN DE COBRO ANTE LAS ERP	Lograr que la cartera que tienen las ERP con el Hospital Regional de Il Nivel de San Marcos no Prescriba	Proyectar oficios de circularización a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuración de la cartera y conciliaciones.	Coordinador de Cartera									x								2	<								x									x	No. oficios radicados a la ERP / Total de empresas con cartera	100%
PROYECTAR CORRECTAMENTE LAS CERTIFICACIONES DE PAZ Y SALVO CUANDO HAYA LIQUIDACION DE CONTARTO CON UNA ERP	Minimizar errores al momento de expedir paz y salvo a las ERP	Emitir certificado de viabilidad con base en la información suministrada por las áreas de facturación y auditoría de cuentas médicas, para la elaboración del paz y salvo.	Coordinador de Cartera									x								3	C								x									x	No. de certificaciones de viabilidad / No. de contratos de prestación de servicios de salud liquidados	100%
LOGRAR OBTENER EL MÍNIMO DE ERRORES EN LA EMISIÓN DE CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	Emisión exacta de Certificados de Disponibilidad Presupuestal afectando los rubros que corresponden según sea el caso.	Proyectar Certificados de Disponibilidad Presupuestal, garantizando que el rubro que se afecte corresponda a la necesidad a suplír, para lo cual se debe diligenciar completamente dicho certificado, incluyendo el rublo y objeto.	Líder de Presupuesto									×								3	<								×									×	No. de solicitudes de CDP / No. de CDP emitidos	100%
HACER EL PROCESO DE CONTRATACIÓN CUMPLIENDO CON LA TOTALIDAD DE REQUISITOS Y DOCUMENTOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN PARA ESTE PROCESO.	Lograr que el proceso de contratación cumpla al 100% con los requisitos exigidos para este proceso.	Verificar que se cumpla con el 100% de los requisitos establecidos en la lista de chequeo, al momento de realizar un contrato para el ingreso de personal nuevo a la Institución.	Lider de Talento Humano									x								2	<								×									×	No. de listas de chequeo firmadas / No. de contratos de prestación de servicios perfeccionados	100%

EVIDENCIAR DE MANERA EFICIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EL CONCEPTO DE PAGOS EN FEECTIVO 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				x					×					×					x	Valor recibido en efectivo / Valor reportado en consolidados de recaudo	100%
HACER EL PROCESO DE RECEPCIÓN Y CAUSACIÓN DE LAS CUENTAS DE COBRO CUMPLIENDO CON LA TOTALIDAD DE REQUISITOS Y DOCUMENTOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN PARA ESTE PROCESO.	Recepción y causación de cuentas de cobro con el 100% de los requisitos exigidos por la institución para este proceso.	Verificar que las cuentas de cobro cumpla con el 100% de los requisitos establecidos para la recepción y causación de estas.	Contador					×					x					×					No. de cuentas de cobro con visto bueno de talento humano y jurídica / No. de cuentas de cobro causadas	100%
TENER CONTROL AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN DE LOS BIENES Y/O INSUMOS QUE ENTRAN AL ALMACEN	Lograr que los bienes y/o insumos cumplan con las especificaciones exigidas en el contrato.	Verificar al momento de la recepción de bienes y/o insumos que las especificaciones técnicas correspondan con lo contratado, comparándolo directamente con lo detallado en el contrato.	Almacenista					×					x					×				×	No. de comprobantes de entrada firmados a satisfacción / No. de comprobantes de entrada recibidos	100%
RESPUESTA DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	Lograr dar respuesta en los tiempos establecidos a las glosas o devoluciones recibidas para no incurrir omisión o inoportunidad	Verificar la recepción de las glosas o devoluciones en el cuadro de control, en el cual se registrarán las fechas de cada una de estas actividades, para dar respuesta en los tiempos estipulados.	Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas					×					x					×				×	Actas de revisión	100%
RADICAR EL TOTAL DE LAS FACTURAS GENERADAS POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS	Alcanzar a radicación las facturas por concepto de servicios prestados en un 100%	Verificar que el proceso de radicación de facturas se realice oportunamente, para lo cual se descargará del sistema de información el reporte de facturas radicadas y el reporte de facturas generadas para su correspondiente cruce.	Coordinador de Facturación					×					×					×				x	Actas de revisión	100%

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				×				×				x				>>	x	Actas de revisión	100%
HACER EL PROCESO DE CONTRATACION PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS CON EL CUMPLIMIENTO DE LA TOTALIDAD DE LOS REQUISITOS Y DOCUMENTOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN PARA ESTE PROCESO.	Lograr que el proceso de contratación cumpla al 100% con los requisitos exigidos para este proceso.	uno de los documentos,	Profesional Oficina Jurídica				x				x				×				>	x c	No. de listas de chequeo firmadas No. de contratos perfeccionados	100%
EVITAR LA EXTRACCIÓN O PÉRDIDA DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES AL MOMENTO DE PRESTARLOS A OTRAS AREAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE II DE SAN MARCOS.	Tener custodia de los documentos contractuales.	Con el fin de garantizar la custodia de los expedientes contractuales y evitar la pérdida de estos, cada vez que sean solicitados en préstamo, se registrará su salida en el libro radicador al cual se le hará seguirmiento periódicamente.	Técnico Administrativo Oficina Jurídica				x				×				×				>	×	No. de contratos localizados / No. de contratos perfeccionados	100%

FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE DIRECTOR DE SEDE

MARTHA INÉS SIERRA FLÓREZ PROFESIONAL DE APOYO PARA EL PROCESO DE PLANEACIÓN



Codigo FR-PDI-01

Pagina 1 de 1

Fecha de Vigencia
09-11-2021

Version 1

FORMATO FORMULACION DE PLANES DE TRABAJO

PLAN ESTRATÉGICO DETECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN-PETI PERIODO: AÑO 2023

														PI	ERIO	DO: A	ANO 2		PONG	ng P /	AMA I	DE A	TIVII	DADE	:0																INDICADO	D DE	
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	E	NE	_	FE	В	т	MA	\R	Ŧ	Al	BR	_	М	AY	1		JUN	AIVIA	DE A	JUL		<u> </u>	AG	ю.	Т	s	EP	_		СТ	1		NOV			DIC		ESTRUCT		NIVEL DE
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	O LÍDER		3 4	4 1	2	_	1	2	_	4 1	2		4	_	3	4	1 2	_	4	1		3 4	1	2	3	4 1	2	3	4	1 2	$\overline{}$	4		2 3	4	1	2		PROCES RESULT		CUMPLIMIENTO
Suscribir canal redundante de acceso a internet	Tener mayor velocidad en la navegacion de internet para optimizar avtidades	Solicitar al proveedor de internet	lider de sistemas	x x	x 3	x x	x	x x	x	x	x x	x																													Lograr min megas de v		100%
Generación e implementación de la política de respaldo de la información	Tener mayor seguridad con politicas puntuales	* Realizar documento de politicas y socializarla a los usuarios	lider de sistemas						×	x	x	x x	×	x	x :	x x	x	x																							Listado asisteno socializa	ia a	80%
Actualización de los PC que tienen problemas de capacidad de procesamiento y obsolescencia	Tener mejores herramientas de trabajo	Comprar equipos tecnologicos modernos por parte de la administracion	gerencia						×	x	x :	x x	x	x	x :	x x	x	x :	x x	x	x	x	x :	х	×																Contrato de	compra	100%
Migración de protocolo de comunicaciones de IPV4 a IPV6	Dar cumplimineto a los tiempos establecidos por MINTIC para la migracion	Realizar la migracion de protocolos	Lider de sistemas - gerencia																												:	x x	x	x	x :	x x	x	x	x :	x x	nuevos prot navega		90%
Suscribir de manera periódica servicio de análisis de vulnerabilidades en la red e infraestructura organizacional	Lograr mayor seguridad y confibilidad en los sistemas de la isntitucion	Realizar Un seguimiento a todas las posibles vulnerabilidades	lider de sistemas																						x	x	x	x >	(x	x	x										Diagnos realiza		80%
Gestión del conocimiento a través de solución de aprendizaje virtual		Buscar cursos virtuales para capacitar al personal en herramientas tecnologicas	Lider de sistemas - gerencia																		x	x	x :	х	x	x	x	x >	x	x	x :	x x	x	x	x z	x x	x	х	x :	x x	Asistenc capacitac		80%
Entrenamiento en Gobierno y Gestión TI	Lograr dar cumplimiento un en gran porcentaje de las politicas de Gobierno Digital	Establecer comunicacion con los encargados de gobierno digital para un mejor acompañamiento	Lider de sistemas												3	x x	x	x	x x	x	x	x	x :	x x	×	x	x	x													Capacitacio coordinado Gobierno	res de	60%
Implementación de plataforma de mesa de servicio de TI	Dejar registro de cada soporte realizado	Implementar una mesa de ayuda Digital	Lider de sistemas																																			x	x :	x x	Aplicativo d de ayu		60%

Elaboró	Revisó	Aprobó
MARY YISSETH GONZÁLEZ TIRADO	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO	FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE
Profesional de Apoyo al área de Sistemas	Profesional de Apoyo al área de Planeación	Gerente (E)

HOSPITAL REGIONAL DE SAN MARCOS	CRONOGRAMA PARA LA MPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO	DEL PROGRAMA GESTION DOCUMENTAL HRSM (LEY 594 DE 2000 LEY GENE	RAL	DE AF	RCHIV	OS) – PGD - 2021- 2023
PLANES Y PROGRAMAS	METAS	ACTIVIDADES		VIETAS 2022		RESPONSABLE
		Elaborar el Diagnóstico integral de los Documentos en las tres fases de Archivo	х	х	х	programa de gestion documetal
		implementar el (PGD) programa de gestion documemental de la E.S.E	Х	х	ж	programa de gestion documetal
		actualizar el plan institucional de archivo (PINAR)		х	х	programa de gestion documetal
		Elaboracion de las TRD	х			Gerencia, gestión documental, Lider del Programa Control Interno.
		Aplicar las Tablas de Retención Documental en las diferentes dependencias.	Х	х	Х	Gerencia, gestión documental, Lider del Programa Control Interno.
		Realizar seguimiento a las TRD con las necesidades de cada dependencia	Х	х	Х	Gerencia, Comité Interno de Archivo y gestión documental, Lider de Programa, Control Interno.
	la clasificación, ordenación, descripción y consulta de los documentos de la E.S.E. Hospital Regional de Il Nivel de San	Actualizacion de las Tablas de Valoración Documental				sistema de gestion documetal
	Marcos, como parte integral de los procesos archivísticos contemplados en la ley 594 de 2000	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)	Х	х	х	Auxiliares de todas las areas
		Diseño y/o actualización del proceso para la organización de documentos.		х	Х	Gerencia, gestión documental, Lider del Programa, Control Interno.
		Elaborar Instructivo de organización de Archivos	х	х	Х	Gerencia, gestión documental, Lider del Programa Control Interno,
		Definir la base de Datos para la descripción y recuperación de información		х		Gerencia, gestión documental, Lider del Programa Control Interno, Coordinador de Sistemas
		Elaboración de Guías, Catálogos y Formulación de la consulta, estrategías de búsqueda y respuesta de consulta		х	Х	Gerencia, gestión documental, Lider de Programa Control Interno, Coordinador de Sistemas
1. PROGRAMAS DE DESARROLLO ARCHIVÍSTICO	1.2 Mantener al día la documentación para la	Diseño y/o actualización del Proceso "Producción Documental"		х	Х	
,	administración del sistema Integrado de Gestión con acciones para analizar, validar, unificar y codificar la creación, modificación, actualización o retiro de los	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	Х	sistema de gestion documental y calidad
	documentos.	Formulación de procedimientos para el control de documentos	х	х	Х	
		Definir el Programa de Gestión de Documentos electrónicos		х		
		Diseño del Procedimiento Conformación de Documento Electrónico			Х	
	1.3. Determinar los requerimientos de los sistemas de	Conformación del expediente electrónico		Х	Х	
	gestión de los documentos electrónicos y de la conservación de cada uno de los componentes de los	Determinar los requerimientos de los sistemas de gestión de los documentos electrónicos y de la conservación de los mismos.			Х	Gerencia, gestión documental, Lider de Programa Control Interno, Coordinador de Sistemas
	documentos electrónicos y la migración de documentos satisfactoriamente a nuevas plataformas.	Mantener en funcionamiento el Sistema Digital Documental como herramienta archivística de la Entidad.			Х	Control interno, Coordinador de Cistemas

		Implementar un sistema de Archivo para documentos análogos.		Х	
		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	х	х	
	1.4. Realizar las Transferencias Documentales del Archivo	Actualizar el Programa anual de Transferencias Documentales	X	X	programa del gestion documetal
	de Gestión al Central y /o Transferencias primarias y	Implemetar el Programa de Transferencias Documentales	х	Х	Gerencia, gestión documental, Lider del Program Control Interno.
	secundarias teniendo en cuenta los plazos establecidos en la correspondiente Tabla de Retención	Recibir y cotejar con el inventario documental, los documentos de cada una de las dependencias de la E.S.E. Hospital Regional de Il Nivel de San Marcos	x x	х	sistema de gestion documental y auxiliares de arch
		Identificar necesidades en temas archivísticos	х	х	sistema de gestion documental
		Elaborar Programa de capacitación articulado con el plan institucional de capacitación	х		
2. PROGRAMAS PARA EL		Socialización de instrumentos Archivísticos (PGD, TRD,)	Х	×	
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	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	х	sistema de gestion documental
		Dar a conocer las bases legales para la aplicación de los archivos en la gestión de los documentos electrónicos.	Х	X	
		Dar a conocer todas las normas vigentes emitidas por los organismos competentes en materia de archivo, gestión documental y Cero Papel	x x	х	
		Elaborar el Programa de Conservación de documentos vitales en los diferentes medios y soportes	х		
		Diseñar y/o actualizar el Procedimiento de Disposición Final de Documentos.	х	Х	
		Establecer procesos de diagnóstico, sensibilizacón, prevención, inspección y mantenimiento de documentos	х х	X	
		Hacer el monitoreo y control sobre las condiciones ambientales	х	Х	
	3.1 Garantizar la integridad física y funcional de los documentos sin alterar su contenido	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 Il Nivel de San Marcos	x x	×	Gerencia, gestión documental, Lider del Prograr Control Interno, Coordinador de Sistemas
3. PROGRAMAS DE CONSERVACIÓN DE Y		Medidas de seguridad y medios de recuperación de la información (copias de seguridad, escáner de documentos más consultados) Programas de seguridad de limpieza, desinfección, fumigación y	х		
DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS VITALES.		control de plagas.	х х	Х	
-		Elaborar planes de contingencia para la prevención de desatres	х х	Х	
		Digitalización de documentos	Х	Х	
		Identificar los documentos que deben eliminarse	ХХ		programa de gestion documental,

	3.2.Recuperar los valores históricos y documentos	Elaborar cuadros y fichas de valores primarios y secundarios de los grupos documentales series y subseries		х	Х	programa de gestion documental
	testimoniales y su permanencia en las diferentes fases de archivo y su disposición final para garantizar los derecho	Organizar el Archivo central de la .E.S.E	х	х	Х	programa de gestion documental y auxiliares de archivo
	del ciudadano	Organizar el Archivo clinico de la .E.S.E.	х	х	Х	programa de gestion documental y auxiliares de archivo
		Organizar el Archivo Histórico de la E.S.E	х	х	Х	programa de gestion documental y auxiliares de archivo
4. PROGRAMAS Y PROYECTOS DE ADECUACIÓN DE ESPACIOS DE	4.1 Implementar programas específicos de largo plazo.	Suministro de equipos y muebles para Archivo	x	x	Х	Gerencia, Almacen
CONSERVACIÓN Y PRESERVACIÓN DE DOCUMENTOS		Establecer los sistemas de almacenamiento en sus diferentes soportes	х	x	Х	Gerencia, Almacen
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	Х	X	Χ	gerencia y Control Interno
		Realizar seguimiento a las TRD, y su implementación.	Χ	Х	Х	
CORTO						

MEDIANO Y LARGO PLAZO

්ත්	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS	Codigo FR-PDI-01
	FORMATO FORMULACION DE PLANES DE TRABAJO	
	PLAN ANUAL DE PREVISION	

Elaboración de la nómina a más tardar el 26 de cada mes Gerencia, talento humano y lideres de proceso

														P	LAN	ANUA	AL DE	PRE	EVISI	ON																										
															PE	ERIO	00: A	ÑO 2	023																											
			RESPONSABLE O																	CRO		AMA	DE A			s																	IND	DICADOR DE ESTRUCTURA.	NIVEL	
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	LÍDER		ENE		- 1	FEB			MAR		١.,	ABF			M	AY			JUN			JU	L - T	Η.	A	IGO -			SEP	Τ.		ОСТ		١.	NO.	٥V - ا	_		DIC		F	PROCESO Y RESULTADO	CUMPLIN	IENT
Establecer los lineamientos para la		Actualización y socialización del Plan de Previsión de Talento Humano	Gerencia, talento humano y lideres de proceso	1	2 3	x	1 2	2 3	4	1 2	2 3	4	1	2	3 4	4 1	2	3	4	1	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	so	Actualización y ocialización del Plan de Previsión de Talento Humano 2022	1009	6
previsión del talento humano del Haspital Regional de Il Nivel de San Marcos, a fin de mejorar el desempeño organizacional mediante la identificación, aprovechamiento de la capacidad de las funciones y la proyección en el tiempo de las necesidades específicas de	comprende el estado actual de planta global de personal, estableciendo el número de empleos de	viabilidad jurídica, financiera y presupuestal de crear la planta temporal o de cualquier otra alternativa de	Gerencia, talento humano y lideres de																																									estudio técnico de formalización	1009	6
personal.		Elaboración de la	Gerencia, talento																	Ī														Ī						Ī						

Version 1

Nominas Confirmadas 26 de cada mes. .

Fecha de Vigencia 09-11-2021 Pagina 1 de 1

100%

No existen fechas estipuladas porque todo depende de la necesidad del servicio.

Elaborò	Revisò	Aprobò
EDELB Ederfund	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO Profesional de Apoyo al Proceso de Planeacion	FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE GERENTE ENCARGADO

	an'											HOS	PITAL	REGIO	NAL DE	II NIVE	EL DE	SAN M	ARCOS	6														FR-I	digo PDI-01					Version 1	Pagina 1 de 1
10																F	ORMA	то ғоғ	RMULA	CION	E PLAI	NES DE	TRAB	JO																Fecha de Vige 09-11-202	ncia
																				VACAN	ΓES																		•		
																		PERIO		O 2023																					
OBJETIVO			RESPONSA		ENE			FEB			MAR			ΔRP			MAY		C		RAMA D		IDADES			AGO			SEP						-					INDICADOR DE	NIVEL DE
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	BLE O LÍDER		ENE 3	1.	1		1.4		2 3	4	4 1 .	ABR 2 3			MAY 2 3	14	1	JUN 2 3	4	1 2	JUL 2 3	4		3	4		SEP 3	4		OCT 3	4		OV 3	4		DIC 3	4	ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO	NTO
		Actualización y	LIDER	1 2	2 3	4	1	2 3	4	1 .	2 3	4	1 2	2 3	4	1 2	2 3	4	1 :	2 3	4	1 2	2 3	4	1 2	3	4	1 2	3	4	1 2	2 3	4	1 2	3	4	1 2	3	4		
El Plan Anual de Vacantes tiene por		socialización del Plan de Previsión de Talento Humano	Gerencia, talento humano y lideres de proceso			x																																		Elaboración y Socialización del Plan Anual de Vacantes 2023	100%
objetivo, identificar las necesidades de la planta de persona y definir la forma de provisión de los empleos vacantes, con el fin que las dierentes dependenciais de la ESE Hospital Regional II Nivel Sar Marcos cuenten cor	Elaboraci ón del estudio técnico de formalizac ión	Realizar estudio técnico de formalización del empleo para revisar la viabilidad juridica, 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%
	Elaborò													kisten f Levisò	echas	estipul	ladas	orque	todo	depend	e de la	neces	sidad d	l servi	icio.		1								Apro	bò					
Wisher		PRASCA								Р	I rofesior		ANUE	L RUIZ			eacion																	RIEL EN GEREI	IIRO M	1EDIN					

	(T)											HOS	PITAL REG	IONAL DE	II NIVE	. DE SAN	MARCO	S													FR-PD	go al-01			Version 1	Pagina 1 de
																			CION DE PL	ANES D	E TRAB	AJO													Fecha de Vige 09-11-2021	encia 1
																			NO 2023																	
	METAS		RESPONSABLE O							MAR			_		MAY		_		CRONOGR	AMA DE A															INDICADOR DE ESTRUCTURA	A. NIVEL DE
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	LÍDER		ENE 2 3	4	FEI		1 2		4 1	AE 2	3 4	1	MAY 2		1	JU 2		1	JUL 2	3 4	1	.GO 3	4	1	SEP 3	4	OCT 3	4 1	NO 2		4 1	DIC	PROCESO Y RESULTADO	CUMPLIMIENT
	Cumplir con las necesidad de capacitacion Segundad del Paciente, Procesos Asistenciales Prioritarios y Atencion al Ciudadano	REDUCCION DE RIESGO EN ATENCION DE PACIENTE CRITICO								x																									Numero de necesidades de capacitación ejecutada frente a las proyectadas	as 100%
Brindar herramientas de capacitación a los servidores públicos, contratistas y		SOCIALIZACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE																		x														1		
funcionarios que contribuyan al mejoramiento de		ATENCION URGENCIAS TRIAGE						x																												
las competencias		BIOSEGURIDAD	subgerente Cientifico, Asesor administrativo						x																							.	ļļ			
laborales individuales y grupales, para contribuir al cumplimiento de		PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y TRD	lider del programa Talento Humano, SIAU, coordinación de enfermeria, calidad,												х																					
la misión institucional, los planes estratégicos y	Cumplir con las necesidad de capacitacion al personal del área	DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS	seguridad en el trabajo y gestion ambiental.								x																								Numero de necesidades o capacitación ejecutadas,	s, 100%
política de calidad, que nos permita ser cada vez más eficientes en la prestación de servicios de	asistencial y administrativa	ATENCION AL CLIENTE, HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN, DEBERES Y DERECHOS DEL USUARIO											ж																						frente a las proyectadas	
salud.		MANEJO DE SISTEMAS DE INFORMACION Y REPORTES DEL SOFWARE															x																			
		RUTA DE ATENCION EN URGENCIAS															×													x						
		PAMEC		Ш		Ш								x																		Ш		$\sqcup \! \! \! \! \! \perp$		
	Cumplir con las necesidades de capacitacion del PIC	capacitaciones																																	Numero de necesidades o capacitación ejecutadas, frente a las proyectadas	100%
	Elaborò								•				Revisò	•					•		•								•		A	Aprobò	,			
Edan	luck										IC.	NI MANII I	EI DI 117 D	OMEDO																EADIE	I EMID	O MEI	DINA DUO			

FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE GERENTE ENCARGADO

ISAI MANUEL RUIZ ROMERO Profesional de Apoyo al Proceso de Planeacion

EDELBERTO AGAMEZ PRASCA

	ជាំ											HOS	PITAL F	REGIO	DNAL D	E II NIV	EL DE	SAN M.	ARCOS	;																	odigo PDI-01					Version 1	Pagina 1 de 1
																	FORM	IATO F	ORMUL	ACION	DE P	LANES	DE TR	ABAJO)							•										Fecha de 09-11-	
																				IENEST																							
																		PEF	RIODO:	AÑO 20																						INDICADOR DE	
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABL		ENE		FF	EB			MAR			ABR		1	MAY		1	JUN		MA DE A		UL		Δι	GO			SEP		1	ОС	т —		-,	NOV			DIC		ESTRUCTURA,	NIVEL DE
02021110	III. I AG	ACTIVIDAD	E O LÍDER		2 3	4 1	2		4			4	1 2		4	1	2 3	4	1			4 1			4 1		3	4	1		4	1	2		1 1			4	1	2		PROCESO Y RESULTADO	CUMPLIMIENTO
		Felicitar en el Dia de Su Cumpleaños a Todos Los funcionarios	Lider del Porgrama T.H- Asesora Administrativa	х	x	x x					x		x x				x >						x		x x		x							x x		x				x			100%
Fortalecer el	Desarrollo de las	Felicitar a Todos los Profesionales en su Dia	Lider del Porgrama T.H- Asesora Administrativa	x x	x	х	x	x	x	x x	x	x	x x	×	: x	x	x x	x	x	x	x :	x x	х	x	x x	. x	x	x	x	x x	x	x	x	x x	x x	x	x	x	x	x	x >	Informe de Evidencia	100%
desarrollo integral del servidor público mejorando los	Actividades	Celebración Dia de la Enfermera	Lider del Porgrama T.H-					x	x																																	de la Actividad	100%
niveles de calidad de vida laboral, las condiciones que		Celebración Dia Internacional del Medico	Asesora Administrativa														>	x																									100%
favorezcan el desarrollo integral del funcionario a través de espacios de aprendizaje,		Celebración Novena Navideña	Lider del Porgrama T.H- Asesora Administrativa																																					x	×		100%
entretenimiento e integración familiar, logrando un mayor sentido de	Medición de Clima Laboral	Desarrollar Programa de Pasadías	Lider del Porgrama T.H- Asesora Administrativa							x x																																Desarrollo de Actividad	100%
pertenencia y responsabilidad con la intitucion.	Hacer Reconocieminto del Servidor de carrera y de libre nombramiento y remoción, según lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2015.	Dia del Servidor Público 27/Junio	Lider del Porgrama T.H- Asesora Administrativa																				x	x																		Informe de Evidencia de la Actividad	100%
	Elaborò								F	Revisò		<u> </u>			-1				1							1	11					1	A	orobò		1							
EDELBE	RTO AGAMEZ PI	RASCA				ı	I Profesio				Z ROME ceso de		acion																		FA		EMIRO	MEDI ENCA									



Codigo FR-PDI-01

Version

Pagina 1 de 1

Fecha de Vigencia 09-11-2021

FORMATO FORMULACION DE PLANES DE TRABAJO

Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

PERIODO	· AÑO	2023

																		CRO	NOG	RAM	DE /	ACTIV	IDAD	ES																INDICADOR DE	
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE		ENE			FEB		N	//AR		AE	BR		M.	AY		JU	IN		JU	L		AGO			SEP			ОСТ			NO	V	T	DI	C		ESTRUCTURA,	NIVEL DE
		O LÍDER	1 2	2 3	4	1 2	3	4	1 2	3	4 1	2	3	4 1	2	3	4 1	2	3	1	2	3 4	1	2 3	4	1	2 3	3 4	1	2 3	4	1	2	3 4	1	2	3 4	4	PROCESO Y RESULTADO	CUMPLIMIENTO	
Optimizar la gestión de la seguridad de la información al interior de la entidad	al momento de pavegacion	establecer politicas de seguridad perimetral	lider de sistemas	x x	x x	x	х	x	x	x x	x	x																											r	numero de politicas establecias en el equipo perimetral	80%
Promover el uso de mejores prácticas de seguridad de la información, para ser la base de aplicación del concepto de Seguridad Digital.	Establecer conciencia en los usuarios del sistema al momento de acceder a la informacion	Realizar campañas de concientizacion	lider de sistemas									x	x	x :	x x	x	x	x x	x	x :	c x	x	x x																	Folletos con recomendacionen seguridad de la informacion	100%
Actualizar políticas de seguridad de seguridad de la información de la entidad.	Aterrizar las politicas al sector salud	Realizar documento con cada una de las politicas	lider de sistemas																					x	x x	x	x	x x	x x	x	x x	x								ocumento aprobado con cada política	100%
Evaluar y comparar el nivel de riesgo actual, con el impacto generado después de implementado el plan de gestión y seguridad de la información.	Tener un sistema de informacion seguro y confiable	Realizar seguimiento de cada uno de los objetivos del plan	lider de sistemas												x	x	x	x x	x	x :	c x	x	x x	x	x x	x	x	x >	сx	x	x >	x x	x	x	x x	x	x	x x	ĸ	Obajetivos cumplidos/total de objetivos	60%

Elaboró	Revisó	Aprobó
MARY YISSETH GONZÁLEZ TIRADO	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO	FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE
Profesional de Apoyo al área de Sistemas	Profesional de Apoyo al área de Planeación	Gerente (E)



Codigo FR-PDI-01 Version 1

> Fecha de Vigencia 09-11-2021

Pagina 1 de 1

FORMATO FORMULACION DE PLANES DE TRABAJO

Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información

PERIODO: AÑO 2023

												CI	RONO	GRAMA	A DE A	CTIVIE	ADES														INDICADOR DE	
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LÍDER	ENE	FEE		MAR		ABR		MA	Y	J	UN		JUL		AG	0		SEP		C	СТ		NC	٥٧		DIC		ESTRUCTURA, PROCESO Y	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
			O Z.DZ.K	1 2 3	1 2	3 4	1 2 3	4 1	2 3	4 1	1 2	3 4	1 2	3 4	4 1	2 3	4	1 2	3 4	1	2 3	3 4	1 2	3	4 1	2	3 4	1	2 3	4	RESULTADO	
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 informacion	Lider de sistemas					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 vulneravilidad de la informacion por cada usuario que utliza 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	« 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 críticos donde exista riesgo de perdida de información	Mapa de calor con cada lineamiento	Lider de sistemas																				x x	x	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	K X I	x x x	x x	x x	x >	x x	x x	x x	x	x x	x x	x	x x	x x	αx	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)

			ı						UD EN EL TRABAJO																				
•	35						SEGUI	KIDAD Y SAL	PLAN ANUAL DE	TRABAJO 20	23															CODIGO FR-P	0-U1 VERS		Pagina 1 de 1 Fecha de Vigencia 03-11-2021
				dentes y enfermedades laborales, mediante el control de riesgos derivados de la labor, y el desarrollo de actividades de promoción y	prevención, mejora co	ntinua y cumplimiento de la normativid	ad vigente en rie	sgos laborales.																					
ALCANCE: El Plan Anual de T	rabajo en Segurida	d y Salud en el Traba	ajo, aplica a tod	os los trabajadores en misión, contratistas y proveedores de la organización. META: Cumplir con el 95% de las actividades programadas en el Sistema de Gestión de la Seguri	idad v Salud on al Trahi	ain nara la vizenria							1						INT de S	Artherlades F	jecutadas / Nº	rle Artivida	rles Denorama	fast v 100					
				RESPONSABLE DEL PROGRAMA		LIDER DE SEGURI	DAD Y SALUD EN	EL TRABAJO-	ENCARGADO DEL SG-SST										APOYO A L	A EJECUACIO	ON DEL SG-SST	: GERENCIA	- ARL-EPS-COP	ASST-COCOL	A				
ELAI	SORADO POR:			LASTENIA ALVAREZ PUPO LIUGIS DE SST.		REVISADO POR:			LUZ MARINA DIAZ GRA				-				APROBADO	OR:								IEL EMIRO MEDINA			
				LIDER DE SST					ASESORA ADMINISTR	ATIVA																REPRESENTANTE LE	IAL		
PROGRAMAD	MS	,		EJECUTADAS	1	REPROGRAMADAS		R		NO EJECUTAD	AS		N.																
	ı							RECURSOS	ENE		FEB		MAR	ABR		BAAV .		UN			460		***	oc		MOV	DIC		
OBJETIVO DEL SG-SST	Directriz Politica	acro	Estándar	ACTIVIDADES	METAS PROPUESTAS	RESPONSABLE	ECURS OS 6UMA NOS		2 2 3 2 E		, E	Р.	E	P E	,	, I	P .	E E	P		P E	Р	1	P		P E	p		OBSERVACIONES Y SEGUIMIENTO
				RECURSOS			5035	ON SERVICE	20203																				
				Definición y documentación de presupuesto destinado para la ejecución de actividades del SG-SST año 2023		Encargado del SG-SST- Copasut y Apoyo ARL	×	×	x 1			T	1 1																
																							-				\vdash		
				Seguimiento a la ejecucuacion del presupuesto anual del SG-SST.	100%	Encargado del SG-SST- Subgerencia administrativa.	×		×			1	1														_		
				Realizar seguimiento a las affiliaciones y pagos mensuales que corresponden a la seguridad social. Seguimiento al personal de alto risego:		Encargado del SG-SST- Gestión Humana -	×	×	1	1		1	1	1 1			1	1	1	1	1 1	1	1	1	1	1 1			
				COPASST																									
				Cronograma de actividades reuniones mensuales		Encargado del SG-SST- COPASST- Apoyo ARI	×	×			1	1	1	1 1		1 1	1	1	1	1	1 1	1	1	1	1	1 1			
				Commission to discovering the construction abbreviate de informer for better the country of the COMMISS																									
				Seguimiento a la ejecución de reuniones mensuales, elaboración de informes, las Actas de reunión y compromisos del CDPASST (REVISAR RUDICADOR CDPASST)		Encargado del SG-SST- COPASST- Apoyo ARI	×		×		1	•	1	1 1			1	1	1	1	1 1	1	1	1	1	1 1	1		
				Reinduccion sobre las funciones y responsabilidades del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo	100%	SST Y ARL	×		×					1 1												1 1			
				Capacitación equipo de trabajo INVESTIGACIÓN ATEL		SST Y ARL						- 1	1						1	1									
	Cumplirla			Capacitacion sobre liderazgo y trabajo en equipo al COPASST.		SST Y ARL										1 1													
Cumplir la normatividad nacional vigente aplicable en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.	normatividad nacional vigente aplicable en materia de			Capacitacion sobre inspecciones planeadas		ARL-COPASST	×		×											-				1	1				
Seguridad y Salud en el Trabajo.	materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.			COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL				l																					
				Cronograma de actividades reuniones trimestral		Encargado del SG-SST- CCL- Apoyo	×	×															1						
				Competencias para la resolucion de conflictos		Encargado del SG-SST- CCL- Apoyo ARL.						1	1																
				Seguimiento a la ejecución de reuniones trimestrales, elaboración de las Actas de reunión y compromisos del CCI.		Encargado del SG-SST-CCL- Apoyo ARL	×		x				1																
				Socializacion de la Normatividad						-				-	-												\vdash		
						Encargado del SG-SST-CCL- Apoyo ARL	×		×																		\vdash		
				Acciones de prevencion, fomentar el clima laboral positivo.	80%	Encargado del SG-SST-CCL- Apoyo ARL	×		×								1	1									\vdash		
				Realizar taller capacitación prevencion acoso laboral		Encargado del SG-SST-CCL-Apoyo ARL	×		×													1	1						
				Capacitacion en convivencia laboral.		Encargado del SG-SST-CCL- Apoyo ARL	×		×													1	1						
				Desarrollo del sistema de comunicación entre las personas y el cocola.		Encargado del SG-SST-CCL-Apoyo ARL	×		×																			1	
				Her segulimiento a la gestion documentos del cocola: Formato de consentimientos informados y de reporte de estudiso de casos		ARL	×		×																	1 1			
				PROGRAMA DE CAPACITACIÓN P1P		1							1	!															
				Inducción y reinducción del SG-SST		Encargado del SG-SST	×		×		1					1			1	1				1	1				
				Actividades de estilos de vida y trabajo saludables.	90%	Encargado del SG-SST-CCL-Apoyo ARL	×		×				1								1 1								
			Ricuros	tamizaje visual	10.00	557-695	×		×							1													
			ě	Semana de la Seguridad y Salud en el Trabajo		Encargado del SG-SST-CCL-Apoyo ARL	×	×	×					1 1					1	1							டட்ட		
				CAPACITACION PREVENCION DE RESGO BIOLOGICO		T										_							_					_	
				Asescrila documental en la Guia del SVE.		AAL	×		×	_		1	1										-				\vdash		
				Capacitacion en Normas Universales de bioseguridad		ARL .	×		×								1	1									\vdash		
				Asesonia y revisión documental al plan de manejo integral de residuos		AAL	×	×	×					1 1													\vdash		
		S.		Manejo adecuado y seguro por objetos contopunzantes.		ARL	×	×	×		1				-						1 1		-			1 1	\vdash		
		PLANIBAR		Caracterizacion de la accidentalidad	90%	Encargado del SG-SST- Apoyo ARL	×		×	_		•	1									-	-				\vdash		
				Revison del estado inmunologico		SST-COPASST-ARL	×	*	×					1 1															
				Elaboración de estandares de trábajo seguro		ARL	×		×							1													
				Socializacion de los Elementos de Proteccion Personal por Riesgo biologico.		Encargado del SG-SST- Apoyo ARS.	*		×			L		1 1												1 1			
				Capacitacin sobre el protocolo de AT por riesgo biologico		Encargado del SG-SST- Estuadiante en gractica - Apoyo ARL	×		×			1	1			1			1	1				1	1		LЦ		
				CAPACITACION PREVENCION DE RESGO QUIMICO		ı				- 1							1		- 1	-		1	1		- 1				
			l	Socializacion de la Matriz de compatibilidad.		Encargado del SG-SST- Apoyo ARI.	x					1	1																

1 1		1		1										_				_								
			Socializacion del Programa de Riesgo Químico		Encargado del SG-SST- Apoyo ARI.	x		×					1	1												
			Socializacion de formatos e indicadores de ringo químico.		Encargado del SG-SST- Apoyo ARL	x		×									1 1									
			Reentrenamiento de sustancias químicas (inflamables, gases a presion.)		Encargado del SG-SST- Apoyo ARI.	x		×											1 1							
			Entrenamiento y capacitacion de símbolos de peligros de acuerdo al SGA-Extincion de fuego x producros qumicos.	90%	Encargado del SG-SST- Apoyo ARI.	×		×									1 1									
			Socializacion de las fichas de datos de seguridad de los productos químicos de acuerdo al SGA.		Encargado del SG-SST- Apoyo ARL	х		×							1											
												+			-											
			Socializacion de las Normas de almacenamientos de productos químicos		Encargado del SG-SST- Apoyo ARL	x		×													1	1				
			Inspeccion por las areas sobre la manipulacion de los químicos , uso de epp para la manipulacion de los químicos -informe y socializacion.		Encargado del SG-SST- Apoyo ARI.	×	×																		1	
			SVE PREVENCION DE LESIONES OSTEOMUSCULARES										· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·													
			Capacitación y entrenamiento al Copaisst, Inspección de puesto de trabajo con enfoque biomecánico.		ARL COLMENA SEQUROS	*		×			1															
												+						-					-		+	
			Socializacion del SVE Prevención de Lesiones Osteomusculares -Asesoria en factores de riesgo ergonómico		ARL COLMENA SEGUROS	*		×						1	1											
			Revisión informe de condiciones de salud, "Revisión Informe de Ausentismo laboral-Casos, Sospechosos		ARL COLMENA SEGUROS	*		*							1	1										
			Taller de prevencion de higiene Postural.	90%	ARL COLMENA SEQUROS	*		×											1							
												4														
			Socializacion sobre el riesgo de Ergonomia por las oficinas		ARL COLMENA SEQUROS	×		×							1	1										
			Taller de prevencion de lesiones Osteomusculares: Lumbalgia, cervicalgia y STC.		Encargado del SG-SST - ARL COLMENA SEGUROS- Estudiantes en práctica	×	×	×													1	1				
			Campaña: Con paso seguro hacia la prevencion de golpes y caidas - Capacitación de golpes y caidas a nivel.		Encargado del SG-SST- Estuadiante en practica - Apoyo ARL COLMENA SEGUROS	×	x	×									1 1							1		
Erromous	ver una	1			practica - Apoyo ARL COLMENA SEGUROS					ш						Ш									1	
cultura implementary desarrollar autocuidad	dado que		GESTION INTEGRAL SST																							
actividades de promoción de la contribu salud y prevención de accidentes preveni de trabajo y/o enfermedades minimiza	buya a enir y		Revisión direccionamiento estrategico (política, metas, objetivos, indicadores, etc)		Gerencia- Gestión Humana- Calidad- SST	×		×				1					1 1									
salud y prevención de accidentes preveni de trabajo y/o enfermedades minimiza laborales. peligras y/o presentos laganes de t	rum 106 y'o riengos es en los		socializar la politica de SST Y Alcohol y drogas	İ	Encargado del SG-SST	×		×				1												1	1	
lugares de t	e trabajo.		Seguimiento al plan de trabajo anual 2023			×		*						\vdash	-				_	+					+	
					Encargado del SG SST- COPASST - ARL COLMENA SEGUROS				1	\vdash		1			_	\vdash		-	_				_	_	1	
		16-55	Organización de documentación fisica y digital		Encargado del SG-SST -	×	x	×					1 1													
		an dels	Rendición de cuentas del desempeño del SG-SST		Genencia - Encargado del SG-SST- COPASST-	×		×																1		
		Mayo	Actualización de la matriz de requisitos legales	95%	Encargado del SG-SST- Apoyo ARL COLMENA SEGUROS	×		×							1	1										
		See	Fortalecimiento de mecanismos de comunicación en relación al SG-SST Recepción de reportes de actos y/o condiciones inseguras		Encargado del SG-SST- Gestión Humana	×		×					1 1													
																							_		-	
			Revisión de criterios para el proceso selección y evaluación de proveedores y/o contratistas		Gerencia - Compras y almacen - Encargado del SG-SST - Coordinadora Gestión de Ambiente Fisico- Gestión Humana	×		×										1	1							
			Actualizar el procedimiento de compras la identificación y evaluación de las especificaciones en SST.		Compras y almacen - Encargado del SG-SST	×		×					1 1													
			Realizar el registro de gestión de cambios de acuerdo a solicitudes y/o aspectos externos																							
			name of the state		Compras y almacen - Encargado del SG-SST	×		×						1												
			GESTION OF LA SALUD		Compras y almacen - Encargado del SG-SST	×		×						1	1											
							x	*		1	1			1	1											
			GESTION DE LA SALUD	100%	Compras y almacen - Encargado del 56-507 Gestido Humana - Proveedor externo - Enrarado del 56-507 Gestido Humana - Proveedor externo - Encargado el 56-505 " Habajador Encargado el 56-505" " Habajador		х			1	1	1		•	1											
			GESTION OF LA SALUO Evaluaciones medicas periodicas, Ingreso y egreso 2023.	100%	Gestión Humana - Proveedor externo - En-aresido del CC.CCT	×	x	×		1	1	1		1												
			distribution medica participa, ingress y agence 2223. Commissación y agencerán a recommissácione y restrictores de condicione de saled 5 to 506		Gestión Humana - Proveedor externo- tion season del CC-CCT Gestión Humana - Proveedor externo- locasgado del SG-SST- Inhalyador	×	х	×		1	1	1		1												
			GESTION DE LA SALLIO Evaluaciones medicas periodicas, impreso y ageno 2023. Comunicación y seguimiento a recomendaciones y recirciones de condiciones de salud		Gestión Humana - Proveedor externo - En-aresido del CC.CCT	×	х	×		1	1	1	1 1	1												
			distribution medica participa, ingress y agence 2223. Commissación y agencerán a recommissácione y restrictores de condicione de saled 5 to 506		Gestión Humana - Proveedor externo- tion season del CC-CCT Gestión Humana - Proveedor externo- locasgado del SG-SST- Inhalyador	×	x	×		1	1	1	1 1				1 1									
			GESTION OF IN SALED Faul authors medica: periodica, regress y egress 2023. Camunicación y augumiento a recomendaciones y restricciones de condiciones de salud SEC DES AMERICA SE DES SEC		Greiffen Humana - Proveedor resterno - Enumenta de ES.EST. Greiffen Humana - Proveedor esterno - Enumenta de ES.EST. Foreiffen de Humana - Proveedor esterno - Enumenta de ES.EST. Foreiffen de Humana - Proveedor esterno - E	x x		x x		1	1	1	1 1				1 1									
			GENOM of A SALID Facilitations medical particular, ingress y agreem 2223. Commission of a space of the commission of a conditions do united 50 SAME Associated ST DOM of the Takes made STOR scaliblation. Revision informs conditions of a salud, revision informs automatical state of the Condition of the Condit		Gerello Numesa - Properedor entertro- formentes entrol.com. Gerello Numesa - Properedor entertro- porto de la Contractiva - Properedor entertro- bor capado del SG SST - Apolya ARL COLMENA SEGURDOS Encargado del SG SST - Apolya ARL COLMENA SEGURDOS Encargado del SG SST - COLMENA SEGURDOS	x x		x x		1	1	1	1 1				1 1	1	1							
			GENOM BY AN ANALO Commission's predicts, regress years 2023. Commission's pagements a recommission regress years 2023. Commission's pagements a recommission of territories de sandourse de sando DE SERVICE		Geolde Finance - Proceeds or Information - Proceeds or Information - Proceeds or Information - Infor	x x x x		x x x		1	1	1	1 1				1 1	1	1							
			GOTON BY AN ANALO Commission medica periodiza, regens y spens 2023. Commission y applications a recommissionery restrictioners de condiciones de subd 95 Commission y applications a recommissionery restrictioners de condiciones de subd 95 Commission de subd 95 Commission de subd 95 Commission de subd Anaconi si SYC DOE en 2 Foace: meta EOS politacion. Neveron informe condiciones de subd, resision informe ausentisma biborá, casos sequelhos, referen depositoris de serbada. 95 Commission de programa de paracea activas desglo à laderes de Copacida para su implementacion en la empresa. 95 PERCODOCAL Manago del ecolos. Naligencia semcional agricade al cerba.		Gradio Number: Provided relievo- control forcement and Cold Territoria Gradio State Cold Territoria Gra	x x x x x x x		x x x x x x		1	1	1	1 1			3	1 1	1	1							
			GENOM at it bession Fralmentionen medicas particulars, ingenes y region 2023. Communicación y applicamenta a recommendación non y restrictionen de susida 10 COM. Associa SE SE COM et el Tara prima SE Disputado de securidad		Gedido Number Presente de la composition del la composition del la composition de la	x x x x x x x		x x x x x x			1	1	1 1			1	1 1	1	1							
			GOTON BY AN ANALO Commission medica periodiza, regens y spens 2023. Commission y applications a recommissionery restrictioners de condiciones de subd 95 Commission y applications a recommissionery restrictioners de condiciones de subd 95 Commission de subd 95 Commission de subd 95 Commission de subd Anaconi si SYC DOE en 2 Foace: meta EOS politacion. Neveron informe condiciones de subd, resision informe ausentisma biborá, casos sequelhos, referen depositoris de serbada. 95 Commission de programa de paracea activas desglo à laderes de Copacida para su implementacion en la empresa. 95 PERCODOCAL Manago del ecolos. Naligencia semcional agricade al cerba.	60%	Geddich Teurier - Propried or others - Geddich Teurier - Propried or others - Geddich Teurier - Propried of Ged St. Teurier - Geddich Teurier - Ged St. Teurier - Ged Ged St. Teurier - Ged	x x x x x x x		x x x x x x			1	1	1 1			1	1 1	1	1							
			GENOM at it bession Fralmentionen medicas particulars, ingenes y region 2023. Communicación y applicamenta a recommendación non y restrictionen de susida 10 COM. Associa SE SE COM et el Tara prima SE Disputado de securidad		Gedido Number Presente de la composition del la composition del la composition de la	x x x x x x x		x x x x x x			1					1		1	1							
			CONTROL SE LA SALLO Facilitationes medicas parientes la registro y agressivo personalitation y restrictiones de condiciones de salud SOLICIA SOL	60%	Gradio Numbers - Proprieto reforma- Gradio Numbers - Proprieto reforma- Tomagolia del SG ST - Anguello (CANSA) Secupido del SG ST - Anguello (CANSA) Secupido del SG ST - Anguello (CANSA) Forcegolia del SG ST - CANSA NA EGALIO FORCES NA EGALIO FO	x x x x x x x		x x x x x x x					1 1	1		1		1	1							
			Carbon and a Annie Commission and a seguination as regions or general property of the Commission of the seguination of the Commission of	60%	Gerddonischerar - Invanderd erform- Gerddonischerar - Invanderd erform- Gerddonischerar - Der geden erform- Gerddonischerar - Gerdanischer - Gerddonischer - Gerdanischer -	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					1 1			1	1 1	1								
			CATION AT A SALES Final sections medical particular, ingenery agency 2023. Commissionality registered as a recommissionality restrictions de condicione de saled SECRET SE	60%	Gerddonischerarie Provender derweiten der Gerddonischerarie Provender derweiten Gerddonischerarie Gerddonischerarie Gerddonischer Gerddonische	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 x x				1	1 1	1		1	1 1	1								
			CONTROL SE LA SALLO Enablactione medica particular, largers year general 223. Commiscocine year generalizat, incommendationer y restrictioner de condicioner de salud 50 SAGE Associa de 20 Cele de 2 leux mais 500, septioner la fección informe condiciones de salud 50 SAGE Associa de 20 Cele de 2 leux mais 500, septioner la retrain informe condiciones de salud, enaison informe aucentiones ideasel, anglementacion del programs de pasas sotions diregido à fellens de Capasit para su implementación mi la impresa. 504 RIGIGIDOSA. SAME RIGIGIDOSA. Entralgiga de communicación, formetes y participación con los fidens. Estralgiga de communicación, formetes y participación con los fidens. Salar recicion en pacientes, para la distinsicación del impacto encoción de los biologídores. Lidenzega procretiquino. Capacitación un medido de potentencia y participad en el red Multicoloxo actividad de procesa. Multicoloxo actividad per porcesa. Multicoloxo actividad per porcesa.	60%	Good Consense. Proposed or entermo- formation and the consense of the consense	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 X X X X X					1			1		1								
			CATION AT A SALES Final sections medical particular, ingenery agency 2023. Commissionality registered as a recommissionality restrictions de condicione de saled SECRET SE	60%	Gerddonischerarie Provender derweiten der Gerddonischerarie Provender derweiten Gerddonischerarie Gerddonischerarie Gerddonischer Gerddonische	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 x x				1				1	1 1	1								
		ister	CATION AT A SALES Facilitations medical particular, ingress y agreement as recommendations of resident and resident agreement as recommendations y restortions of conditions of resident and sound y control of the conditions of the sales. The control of the control of the conditions of the sales. The control of the contr	60%	Gerdich Numera: Prometier orderen- Gerdich Numera: Prometier orderen- Document of the Control State of the Control	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 x x x x x x x x								1		1								
		PRICES	CATION OF A SALES Federation medical particular, legistry years 2013. Commission of a specifical particular of the commission of the commission of the sales of the commission of t	50% 50%	Gerdick Insurance - Proposation colorum- Gerdick Insurance - Proposation colorum- Scientific Insurance - Proposation colorum- Scientific Insurance - Proposation colorum- Scientific Insurance - Colorum- Lorum-Scientific Insurance - Colorum- Lorum-	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 x x x x x x x x								1	1 1	1								
		cessos es primar	Carbon and A Social Feducations medical particulars, ingress or general 2013. Commiscoding againstrate a recommendations by restrictions dis conditions dis saled 50 SOCI Social Commiscoding againstrate a recommendations by restrictions dis conditions dis saled 50 SOCIA SOCIAL SO	60%	Good Continues - Proposed or extension of the Continues o	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 x x x x x x x x								•		1	1							
		principle onesos	CATION OF A SALES Federation medical particular, legistry years 2013. Commission of a specifical particular of the commission of the commission of the sales of the commission of t	50% 50%	Gerdick Insurance - Proposation colorum- Gerdick Insurance - Proposation colorum- Scientific Insurance - Proposation colorum- Scientific Insurance - Proposation colorum- Scientific Insurance - Colorum- Lorum-Scientific Insurance - Colorum- Lorum-	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 x x x x x x x x					3 1			•		1								
		President contents	CATION OF A NATION Commission in medica particular, ingress y segregare 2023. Commission in medica particular, ingress y segregare 2023. Commission in segregare 2023 of the commission of a condition of a said 50 SME Associated STO COM 6 or 5 fees made STO segregare 2023. Commission of STO COM 6 or 5 fees made STO segregare 2023. Associated STO COM 6 or 5 fees made STO segregare 2023. SOUR PROCESSOOM. DATE PROCESSOOM. AND PROCESSOOM. Associated of progress de passes actives direigle is blome de Capacit para se implementacion on its empress. DATE PROCESSOOM. Associated of progress de passes actives direigle is blome de Capacit para se implementacion on its empress. Extracagina de commissionic, formette y participacion con its federe. Associated on the commissionic, formette y participacion con its federe. Associated on the commissionic, formette y participacion con its federe. Associated on the commissionic, formette y participacion con its federe. Associated on the commissionic formette y participacion con its federe. Associated on the commissionic formette y participacion con its federe. Associated on the commissionic formette in the commissionic formette in the federe in the thick place on the commissionic formette in the commission of the commissi	50% 50%	Good Continues - Proposed or extension of the Continues o	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		x x x x x x x x x x x x x x x x x x x								1		1								
		property ocean	Canadactions medical particulars, largers by operand 2213. Commiscoding agentical as improved prepared 2213. Commiscoding agentical as commendations by restrictions dis conditions dis saled 50 SOCI. SO	50% 50%	Goldenburger, Proceeding of Street, Control of Stre	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		x x x x								1		1								
		amprices control	Commission or medica particles, ingress y agent 2023. Commission or medica particles, ingress y agent 2023. Commission of the particles of the particles of the conditions of a conditions of a said STATE OF THE PARTICLES OF T	50%	Gerdicin Tomano: Properties reformation for Control Management (Control Management (Co	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		x x x x x x x x x x x x x x x x x x x								•										
		President controls	Canadactions medical particulars, largers by operand 2213. Commiscoding agentical as improved prepared 2213. Commiscoding agentical as commendations by restrictions dis conditions dis saled 50 SOCI. SO	50% 50%	Gradian formance: Proceeding redirect colors of the Control of Con	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		x x x x								•										
		PRINTER GOIDS	Commission or medica particles, ingress y agent 2023. Commission or medica particles, ingress y agent 2023. Commission of the particles of the particles of the conditions of a conditions of a said STATE OF THE PARTICLES OF T	50%	Gerdicin Tomano: Properties reformation for Control Management (Control Management (Co	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		x x x x x x x x x x x x x x x x x x x								•		1								
		PRICE OF COLOR	Continues on medical particulars, ingress or general 2013. Commissional or againment or a commissional or productions of a conditions of a stand SEC ME Associated SCO ME or 2 for me made SCO SECRETION To be the stand or conditions of a stand SEC ME Associated SCO ME or 2 for me made SCO SECRETION To be the stand conditions of a stand, deviation informer ascentisment inflored, and support on process actives diregide in Secretic Act secretions. DEST PROSPOCIAL THE PROSPOCIAL Managed and standard or programs on process actives diregide in Secretic Act Capsord pars as implementation on its empress. DEST PROSPOCIAL Managed and standard or programs on process actives diregide in Secretic Act Capsord pars as implementation on its empress. DEST PROSPOCIAL Managed and standard or programs on process actives diregide in Secretic Act Capsord pars as implementation on its empress. Managed and standard diregisters amendiosed on its filters. Managed and standard diregisters active	50%	Gerdicin Numera: Proposedor colorum- Gerdicin Nu	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		x x x x x x x x x x x x x x x x x x x																		
		proper occup	AND	90% 90%	Gerdicin Numera: Proposedor colorum- Gerdicin Nu	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		x x x x x x x x x x x x x x x x x x x																		
		propriet states	AND THE CONTROL OF TH	50%	Gradian formance: Proceeding redirect colors of the Control of Con	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		x x x x x x x x x x x x x x x x x x x								•										

	1																							
		Gestión II, AT y EL						-1				- 1		- 1			_				1 1			
Proteger la		Reporte de incidentes de trabajo, Accidentes de trabajo y enfermedades laborales		Encargado del SG-SST- Trabajador X		×				1 1					1	1			1	1				
Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores y de las rodos los trabajadores y de las personas las trabajadores y de las personas las per		Investigación de incidentes de trabajo, Accidentes de trabajo y enfermedades laborales		Equipo investigador-Trabajador-		×					1				1	1								
nemonas vinculadas a la vinculadas a la		Seguimiento a la implementación de medidas de intervención de acuerdo a las investigaciones de IT, AT y EL		Encargado del SG-SST- Trabajador-copasst X		×							1											
		Registro y analisis estadístico de IT, AT y EL	90%	Encargado del SG-SST X		×		1	1					1 1										
de la Seguridad y Salurtan al Trabajo		Medición de frecuencia, de sevenidad y mortalidad de los AT,		Encargado del SG-SST-ARL X		×					1	1												
(SG-SST) de la empresa.		Medición de la incidencia y prevalencia de la EL		Encargado del SG-SST X		×					1	1			1	1								
		Socialización del paso a paso reporte de los AT		Encargado del SG-SST X		×				1 1					1	1								
		Medición del ausentizmo por causa medica		Encargado del SG-SST- Gestión Humana X		×	1	1 1	1	1 1	1	1	1	1 1	1	1	1	1	1 1	1	1 1	1		
		PEVR							- г															
		Recoplación de información de la Matria de identificación de pelignos, evaluación y valoración de niergos (Reunicess con lefes de áreas y trabajadores en general)	100%	Encargado del SG-SST- Coordinadores y jefes de áreas- Trabajadores- Apoyo ARI. X COUMINA SEQUEDO: ENCARGOS DE SOS TO SOSONIADORES Y PERS		×													1	1				
		Resocializacion de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y determinación de controles		de áreas-Trabajadores-Apoyo ARL X		×									1	1			1	1				
		GESTIÓN IPEVR		Gerencia - Encargado del SG-SST - Gestión	x			_	П							_	1							
		Gestionar la implementación de las medidas de prevención y control de acuerdo a las recomendaciones	90%	Humana -		×					•													
	8	Realizar seguimiento a la implementación de las medidas de prevención y control		Encargado del SG-SST X		×		-														_		
	os y Re	Revisar documentos complementarios del SG-SST que se relacionen con los otros procesos INCOSPONIMOS DE SECULIDADO		Encargado del SG-SST X		×			$\perp \perp$		<u> </u>						1							
	b edgr	INSPECCIONES DE SEGURIDAD		I		×														- 1				
	- Springe	Realizar seguimiento de las inspecciones de puestos de trabajo: Inspecciones locativas y biomecanicas	4	ARL -SST - Estudantes en Practica X						, ,				,					1	1		-	1	
	Ses	Inspeciones de areas de trabajo Inspecciones de EPP	90%	COPASST - SST-ARL X COPASST - Estudiantes en practica -		×				1 1					1	1	4		1	1				
		Inspectiones de EPP Inspectiones de Bloseguridad	90%	COPASST - C Encargado del SG-SST - ARL		×	-+	-			-		1		-	1	+-1		-	-		-		
		Inspectiones de moreganismo. Inspectiones de meuritad de excitatores lécia de vida?	i	BRIGADA DE EMERGENCIA - COPASST-	x	×	_													-				
		Ebb (unbeccount on religious on exputous healt on vota)		Estudiantes en practica - Encargado del SG- SCT - ADI COL MENA SEGUIDOS		*																		
identFicar los peligros, evaluar y		Socializar matriz de elementos de protección personal		Encargado del SG SST - Apoyo ARL COLMENA SEGUROS X		×			П					1 1			1 1							
valorar los riesgos presentes en los		Realizar seguimiento a la entrega de EPP de acuerdo a los niesgos de la labor	100%	COLMENA SEGUROS Encargado del SG-SST - Coordinadores de X	x	×						_					-							_
lugares de trabajo y res de trabajo y determinar los con determinar los		Resistro de la entresa de EPP de acuerdo a los riesgos de la lisbor.		Enformeria - X Almacen - Encargado del SG-SST - X Contributores de Enformeria		-	1	1									1		1	1				
controles pertinentes para su		RABILITO DE LA HITTERIO DE LEVY DE SCURTO DE DE REUISO DE DE IMPOST. PLAN DE EMERGENCIAS		Coordinatores de Enfermeria									•				•			•				
prevencido, reduccido, control y/o eliminacido				Encargado del SG-SST-Apoyo ARL COLMENA				1									1			- 1	1 1			
		Actualizar y socializar el plan de emergencias de acuerdo a la normatividad (identificación de amenazas, analisis de vulneravilidad y PONG - Divulgación del directorio telefosico de las instituciones de apoyo externo).		SEGUROS A		×				, ,						•								
		Socializar el plan de ayuda mutus (DIRECTORIO TELEFONICO DE LAS AYUDAS MUTUAS) Y EMPRESAS VECINAS		Encargado del SG-SST-Apoyo ARL COLMENA X SEGUROS		×				1 1						1	1							
		Capacitacion al CHE (Roles y responsabilidades)		SEGUROS Encargado del SG-SST-Apoyo ARL COLMENA SEGUROS X		×				1 1				1 1				1	1			1		
		Asesoria en conformacion del COE y brigaditas, formacion integral a la brigada de emergencias: evacuacion, control de fuego y primeros auxillos.		ARL COLMENA SEGUROS x		×				1 1					1									
		Publicar planos mapa de riesgo de la instalaciones donde se identifique areas y salidas de emergencias.		Encargado del SG-SST- Apoyo ARL X COLMENA SEGUROS	×	×					1	1												
		Capacitacion en atencion de emergencias y procesos operativos normalizados (Manejo de extintores)		ARL COLMENA SEGUROS X		×					1	1			1	1								
		Recargo y mantenimiento de extintores - Inspección de extintores y rutas de evacuación.		Gerencia-Seguridad y Salud en el Trabajo - Gestión de Compras y almacén	×	×				1 1					1	1						1		
		Asesoria en simulacro nacional y capacitacion del uso adecuado de las camillas de emergencia.		Encargado del SG-SST- Agoyo ARL COLMENA SEGUROS x	×	×					1													
		Socialización de las rutas de execuación.	1	Encargado del SG-SST- Apoyo ARL COLMENA SEGUROS X	×	x				1 1					1	1						1		
		Simulacro de evacuacion HRSM		ARL COLMENA SEGUROS X	x	х																1		
		PLAN ESTRATEGICO DE SEGUIRDAD VIAL. Socialización del pelos y medidas de prevención aplicables para el año 2023.		ARL COLMENA SEGUROS X	ı	x		1	1								т 1							
		Capacitacion en manejo defensivo y seguridad vial, dirigido a conductores y colaborales que realizan desplazamientos misionales.	80%	ARL COLMENA SEGUROS X	x	×					1	1												
		Jorrada de sensibilizacion y prevencion de riesgos viales. Uso del casco y cinturon de seguridad.		ARL COLMENA SEGUROS X		×			LТ						1	1	4							
	5	Capacitacion en actualizacion normativa en movilidad. GESTIÓN DE RESULTADOS DEL SG-SST		ARL COLMENA SEGUROS X		x		_					L						-					
-	8.99	Medición de indicadores		Encargado del SG-SST-Apoyo ARL COLMENA X SEGUROS		×			1		1	1		1 1		1	1					- 1		
AMPICA	ación de	Ejecución de la auditoria del SG-SST	i	Gerencia- Encargado del SG-SST- Auditor contratado X		×																1		
Proteger la seguridad y salud de todos los	Westigue	Socialización y revisión de resultados de la auditoria del SG-SST a la gerencia y comunicar al COPASST		Gerencia- Encargado del SG-SST- COPASST X		×																1		
de todos los bubajadores y de las personas Ciseñar e implementar nueva Virculidas a la virculidas a la		Definición de acciones preventivas y correctivas con base a los resultados de la auditoria del SG-SST		Gerencia- Encargado del SG-SST- COPASST X		×																1		
majoramiento continuo del institución,		Geddonar las acciones preventivas y correctivas definidas con base en resultados del SG-SST		Encargado del SG-SST - COPASST X	x	×																1		
Sistema de Gestión en Seguridad mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y	8	Definición de acciones de mejora con base a la revisión de la alta dirección	son	Gerencia- Encargado del SG-SST- COPASST X	×	×																1		
Saludien el Trabajo 🙎	Mejoramies	Gestionar las acciones de mejora con base a la nevisión de la alta dirección		Encargado del SG-SST - COPASST X	×	×					1	1										1		
empresa	W	Definición de acciones de mejora con base en investigación de accidentes de trabajo y enfermedades labolanes		Gerencia- Encargado del SG-SST- COPASST X		×					1	1										1		
		Gestionar las acciones de mejora con base en investigación de accidentes de trabajo y enfermedades labolares		Encargado del SG-SST - COPASST X	x	×					1	1				- 1	1					1		
		Realizar segumiento a la implementación las acciones de mejora con base a las investigaciones de accidentes de trabajo y enfermedades labolares		Gerencia- Encargado del SG-SST- COPASST X	*	×						1			1	1								
· · ·	•	TOTAL ACTIVIDADES	•		col	ERTURA	3	3 8	1	17 17	22	2 11	11	12 12	26	24 9	9	5	5 8	8	3 3	17	1	
					MONITORS	DEL PROGRAMA	ENE		co I	MAR	ASR	N.	AY .	JUN	JUL		AGO	SI	EP CF	T	NOV	Dis		AÑO 2023
FIRMA COORDINADOR SST	=	FIRMA GERENCIA		=		ļ	100%	3 8	ON.	100%	100%	2 11	II CN	12 12	24 100%	24 9	100%	\$ 30	S 8	N.	3 3 100%	17 (1)	1 .	CUMPLIMENTO \$2,166
Realizo LASTENIA ALVAREZ PUPO		Recibe: FARIEL MEDINA DUQUE													200/8							4,		

	mi			HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS																	C FR	odigo -PDI-01						Version 1	Pagina 1 de 1																	
																		F	ORMAT	O FOR	RMULACI	ION DE	PLANE	S DE TR	ABAJO																				Fecha de Vige 09-11-2021	
																		PI	AN ES		EGICO D			JMANO																						
			RESPONSABLE O																				OGRAMA	DE ACTIV																					NDICADOR DE ESTRUCTURA,	NIVEL DE
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	LÍDER		ENE	1.4	1	FE				MAR	1.4	1	ABR			MA				JUN	-		JUL				AGO 3			SEP			ОСТ				NOV			DIC			PROCESO Y RESULTADO	CUMPLIMIENTO
la ESE Hospital Regional de I Nivel de San Marcos. Regional de I Nivel de San Marcos. Implementación de políticas, estrategias y mecanismos, con el rin de contribur al desarrollo integral desarrollo del vida del modelo, para contribur al megramiento de las capacidades, conocimientos, conocimient	Cumplimiento de la promoción del código de integridad y los valores del servidor público.	Promover la apropiación del código de integridad y los valores del servidor público, a través del cronogramas de actividades proyectado para el 2022	Gerencia, talento humano y lideres de proceso	x					х									2	•						2																				cuatro informes de Promocion del código de integridad	100%
	Que el 80% del personal nuevo vinculado por planta o contratista realice el programa de inducción	Realización del Programa de Inducción	Gerencia, talento humano y lideres de proceso	x	хх	x	x	x	x	x x	x	х	x	x	x >	x x	х	x	x	х	x x	х	x	х	x	x x	x x	x	x	x :	x x	x	x	x	x	x :	x :	x x	х	x	x	x	x :	x N	No. de asistentes al programa de Inducción / lo. total de personal nuevo contratado o vinculado X 100	100%
	Realización de actividades detectadas a través de las necesidades de la planta global del Hospital Regional San Marcos, dando cumplimiento al Programa de Bienestar 2022	Realización de las actividades descritas en el Plan de Bienestar e Incentivos	Gerencia, talento humano y lideres de proceso			x				x			x			x				x			x			х				x			x			:	x			x			:	x N	to de actividades del plan de bienestar ejecutadas/ lo. total de actividades de bienestar programadas X 100	100%
	Elaborò			No existen fechas estipuladas porque todo depende de la necesidad del servicio. Revisò																				Δ	probò																					
EDELBERTO AGAM	ul			Revisō ISAI MANUEL RUIZ ROMERO Profesional de Apoyo al Proceso de Planeacion																					FARIE GE		O MED	DINA DU																		



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)

DED		0000
PER	IODO:	2023

																		CRO	ONC	GRA	MAI	DE A	CTI	/IDAI	DES																INDICADOR DE	
OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LÍDER		ENE		F	EB		ı	ИAR			ABR			MAY			JUN			JUL			AGC)		SEP			ост			NO	٧		DI	С		ESTRUCTURA, PROCESO Y	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
			O LIDER	1 :	2 3	4	1 2	2 3	4	1 2	2 3	4	1	2 3	4	1	2 3	4	1	2 3	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	RESULTADO	COMIT EMMENTO
socializar al grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS), las atividades 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 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		×	•			x			x				x	x				x			x				x			x		2	×			x		N° de reuniones cumplidas	100%
Formular previamente el plan de auditoria interna y externa a realizar.	Formular el plan de auditoria intertas y extternas	Formulación del plan de auditorías internas y externas	Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)	,			x	C																																	N° de reuniones cumplidas	
llevar acabo la aufitoria interna en los tiempos establecidos	Realizar las auditorias internas	Ejecución del plan de auditorías internas	Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)	,		x			x			x			x			x			x			x			x			x			x			×			2	x	N° de auditorías realizadas	60%
llevar acabo la aufitoria Externa en los tiempos establecidos	Realizar las auditorias externa	Ejecución del plan de auditorías externas	Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)	,																			x																		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)	,			×	x	x	>	x x	x		x	x	x	x x	x		>	(x					>	x x				2	×	x		×	×		x			Indicadores de capacitación	100%

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