1100-310-60
OCI-181

Firma_____
Radicado: **00003727**
Enviado: 14/09/2023 - 5:03 p.m.
ventanillaunica
ESE ISABU

Bucaramanga, 14 de septiembre del 2023

Doctor
GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO
Gerente

Doctor
CAMILO ANDRÉS MALDONADO BAUTISTA
Jefe Oficina Asesora de Planeación
E.S.E ISABU
Bucaramanga

ASUNTO: Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Mapa de riesgos de corrupción SICOF II cuatrimestre vigencia 2023

Cordial saludo:

La oficina de control interno en cumplimiento de sus funciones, remite informe de seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) – Mapa de Riesgos de Corrupción SICOF, correspondiente al periodo comprendido 01 de mayo al 31 de agosto de 2023, al cual se realizó revisión a cada uno de sus componentes en cumplimiento de las acciones para la mitigación del riesgo de corrupción.

Atentamente,

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

P/E: Vianey González Gamarra
Profesional de apoyo control interno

Revisó: Silvia Juliana Pinzón Cuevas
Jefe Oficina de Control Interno

INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN SICOF II CUATRIMESTRE VIGENCIA 2023

INTRODUCCIÓN

El artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, señala en relación con el Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano – PAAC: “Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti-trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano”.

Dando cumplimiento a los lineamientos normativos, la oficina de Control Interno presenta informe de seguimiento al cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Mapa de Riesgos de Corrupción SICOF correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2023.

ALCANCE

El alcance del presente seguimiento corresponde a la verificación de las actividades establecidas, con fecha de cumplimiento dentro del periodo comprendido 01 de mayo al 31 de agosto de 2023 del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - Mapa de Riesgos de Corrupción SICOF de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.

OBJETIVOS

Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC – Mapa de Riesgos de Corrupción SICOF correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2023, de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.

MARCO NORMATIVO

- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”
- Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.
- 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 última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

- Decreto 1499 de 2017 "por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015".
- Guía Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 5 Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.
- Resoluciones No. 20211700000005-5 de 17 de septiembre de 2021 y 202111700000004-5 de 15 de septiembre de 2021 expedida por la Superintendencia de Salud.

DESARROLLO

➢ PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO - PAAC

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la E.S.E ISABU lo integran seis (6) componentes como son:

1. Gestión del riesgo de corrupción - mapa de riesgos de corrupción, el cual contiene veinte (20) metas o productos a realizar de acuerdo con las fechas programadas en la vigencia.

2. Racionalización de trámites, el cual contiene una (1) meta o producto a realizar de acuerdo con la fecha programada en la vigencia.

3. Rendición de cuentas, el cual contine trece (13) metas o productos a realizar de acuerdo con las fechas programadas en la vigencia.

4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, el cual contiene cuarenta y seis (46) metas o productos a realizar de acuerdo con las fechas programadas en la vigencia.

5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información, el cual contiene veintiún (21) metas o productos a realizar de acuerdo con las fechas programadas en la vigencia.

6. Iniciativas adicionales, el cual contine seis (6) metas o productos a realizar de acuerdo con las fechas programadas en la vigencia.

Conforme a lo anterior el Plan Anticorrupción y de atención al Ciudadano para la vigencia 2023, lo conforman un total de ciento siete (107) metas o productos a realizar.

➢ RESUMEN POR CADA COMPONENTE DEL CUMPLIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO CON CORTE AL 31 DE AGOSTO DE 2023

RESUMEN CUMPLIMIENTO PAAC	
COMPONENTES	**% DE CUMPLIMIENTO**
1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	75%
2: Racionalización de Trámites	67%
3: Rendición de cuentas	100%

4: Mecanismos para mejorar la atención al Ciudadano	54%
5: Mecanismo de Transparencia y Acceso a la Información	48%
6: Iniciativas Adicionales	67%

De acuerdo con el seguimiento realizado en lo correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2023 se dio cumplimiento con el 100% de lo programado, y cada componente se encuentra con el porcentaje del cumplimiento adecuado.

- **MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN (SICOF)**

Se realizó seguimiento a los controles de veintidós (22) riesgos de corrupción evidenciándose el cumplimiento en la aplicación de los controles establecidos para cada riesgo.

Con respecto al riesgo 10, control No. 2 del proceso Gestión Recursos Físicos según seguimiento realizado por la oficina de control interno, se pudo verificar que, si bien no se materializa un riesgo de corrupción, posiblemente con la identificación de diferencias en los chequeos esporádicos realizados por el área de almacén se estaría materializando un riesgo de gestión, esto debido a la falta de descargue de elementos de consumo en el sistema PANACEA por parte del personal asistencial. Ante esto, la oficina de control interno recomienda realizar un análisis de las causas que pueden estar influyendo en la identificación de diferencias en los chequeos que realiza almacén; una vez identificados, se determinen con las áreas responsables, las acciones correctivas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En lo evaluado del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la E.S.E ISABU correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2023, se dio cumplimiento del 100% de las metas programadas.

- Con respecto al seguimiento realizado al cumplimiento del mapa de riesgos de corrupción SICOF, se evidenció que los controles fueron correctamente aplicados, permitiendo inferir que la efectividad de estos es aceptable, ya que la aplicación de controles permite minimizar el riesgo de materialización.

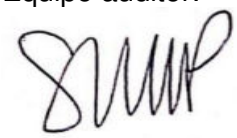
- De manera general en el mapa de riesgos se recomienda fortalecer realizar un análisis detallado de los riesgos de cada proceso, ya que como se ha venido anunciando en múltiples seguimientos se está confundiendo riesgos operacionales (anteriormente de gestión) y riesgos de corrupción-SICOF, dificultando con esto el monitoreo realizado por Planeación y el seguimiento realizado por la oficina de Control Interno.

- De acuerdo con lo anterior, es necesario que se revise de igual manera la redacción del control establecido; si bien tienen definido un responsable y la acción a realizar, no se detalla claramente cuál es el objeto del control. Igualmente, tener en cuenta la periodicidad y los soportes a entregar.

- Teniendo en cuenta lo analizado por esta oficina de control interno, es necesario que la estructuración del PAAC y mapa de riesgos SICOF para la vigencia 2024, se inicie por parte de la oficina de Planeación de manera pronta y que el trabajo con el líder y apoyo de cada proceso esté enfocado a mejorar la identificación del riesgo y los respectivos controles.

- Se recomienda continuar reforzando mediante actividades de sensibilización la metodología de prevención y control de riesgos, con el fin de generar una cultura de administración del riesgo en la Entidad y de la responsabilidad que al respecto tiene cada líder de proceso.

Equipo auditor:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

Apoyo seguimiento: Vianey González Gamarra
Profesional de Apoyo de la Oficina de Control Interno.

Anexos: Seguimiento estrategias plan anticorrupción y de atención al Ciudadano PAAC 2do cuatrimestre vigencia 2023
Seguimiento Mapa de riesgos de corrupción- SICOF 2do cuatrimestre vigencia 2023

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO PAAC
INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA- E.S.E. ISABU

Seguimiento II Oficina Control Interno							
Fecha: 01/05/2023 - 31/08/2023							
Fecha de Publicación: 14/09/2023				**Vigencia: 2023**			
COMPONENTE 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción							
Subcomponente	**Actividades Programadas**		**Meta o producto**	**Responsable**	**Fecha programada**	**% de avance**	**Observaciones**
Subcomponente /proceso 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción	**1.1**	Socializar la Política de Administración de Riesgos	Correos electrónicos, Colaboradores Misionales y Administrativos	Oficina de Planeación	30/06/2023	100%	La Entidad cuenta con la Política de Administración del Riesgo según resolución 0581 del 21/12/2022. Desde la oficina de planeación por medio de correo electrónico solicitó a las oficinas de Talento Humano, Oficina Asesora Jurídica y líderes de proceso, enviar a través de correos electrónicos la socialización de la Política al personal que labora en la entidad (personal de planta y contratistas); se evidenció socialización a través de correos electrónicos de fechas 4,5,11 de julio de 2023 y por WhatsApp el 5 de julio de 2023.
Subcomponente/ proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	**2.1**	Revisar y actualizar los riesgos de corrupción por proceso	Riesgos de corrupción actualizados	Lideres de Procesos	26/01/2023	100%	La oficina de planeación y la oficina de calidad llevaron a cabo reuniones con el fin de socializar y actualizar los riesgos de la entidad, posteriormente en el mes de enero de 2023 la oficina de planeación llevó a cabo la consolidación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-Mapa de Riesgos de Corrupción vigencia 2023, generándose las actividades para la prevención y mitigación de los riesgos de corrupción. Documento publicado en la página WEB institucional https://isabu.gov.co/transparencia/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano/. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	2.2	Consolidar la matriz de riesgos de corrupción	Matriz de Riesgos de corrupción consolidada	Oficina de Planeación	27/01/2023	100%	Los líderes de procesos llevaron a cabo la identificación de los posibles riesgos de corrupción, los cuales fueron consolidados en la Matriz de Riesgos de corrupción (SICOF) incluida en el PAAC vigencia 2023, documento publicado en la página WEB institucional https://isabu.gov.co/transparencia/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano/. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
Subcomponente /proceso 3 Consulta y divulgación	**3.1**	Realizar consulta a cliente interno, externo y comunidad sobre los riesgos de corrupción	Resultados de la consulta realizada a los Grupos de Valor	Oficina de Planeación	14/01/2023	100%	La oficina de planeación elaboró encuesta para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2023 con el fin que participaran los diferentes grupos de valor, se realizó convocatoria a través de la página web institucional y adicionalmente, internamente se convocó a los funcionarios y contratistas desde el área de talento humano por medio correo electrónico de fecha 21/12/2022. Se presenta informe de la encuesta aplicada con la participación de 86 personas permitiendo de esta manera medir la percepción de la ciudadanía frente a los cinco componentes del PAAC. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**

	3.2	Publicar en la página web la matriz de riesgos de corrupción	Matriz de riesgos de corrupción publicada	Oficina de Planeación	31/01/2023	100%	Los líderes de procesos llevaron a cabo la identificación de los posibles riesgos de corrupción, los cuales fueron consolidados en la Matriz de Riesgos de corrupción (SICOF) incluida en el PAAC vigencia 2023, documento publicado en la página WEB institucional https://isabu.gov.co/transparencia/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano/. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	3.3	Publicar informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento cuatrimestral a la gestión de riesgos de corrupción publicado	Oficina de control interno	15/05/2023 14/09/2023 16/01/2024	67%	La oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2023, generando el respectivo informe de seguimiento publicado dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre de 2023 en el link https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/seguimiento-estrategias-del-plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/, cumpliendo con los lineamientos normativos para tal fin.
Subcomponente /proceso 4 Monitoreo o revisión	**4.1**	Monitorear Mapa de Riesgos de Corrupción	Matriz de Monitoreo de los Riesgos de Corrupción	Oficina de Planeación	29/04/2023 31/08/2023 23/12/2023	67%	La oficina de planeación realizó monitoreo el 29/08/2023 al cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Mapa de riesgos de Corrupción SICOF correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2023 con los líderes de procesos y apoyos, consolidando la información en la matriz de monitoreo de los riesgos de corrupción, este monitoreo permitió proporcionar información detallada sobre el avance de las actividades establecidas.
	4.2	Aportar los registros o evidencias del plan de tratamiento para la implementación de los controles para la mitigación de los riesgos de corrupción.	Registros o evidencias para la mitigación de riesgos de corrupción.	Lideres de procesos	04/05/2023 06/09/2023 05/01/2024	67%	La oficina de control interno realizó solicitud a los líderes de procesos del cumplimiento de controles establecidos en los mapas de riesgos de corrupción mediante oficio de radicado 3378 del 25/08/2023, soportes que fueron anexados por los líderes de proceso responsables.
Subcomponente/ proceso 5 Seguimiento	**5.1.**	Verificar evidencias de la gestión de riesgos de corrupción	Evidencias confirmadas	Oficina de Control interno	12/05/2023 12/09/2023 12/01/2024	67%	La oficina de Control Interno realizó verificación de las evidencias del cumplimiento de los controles establecidos para la gestión de los riesgos de corrupción; evidencias que fueron enviadas por los lideres de procesos; se consolidaron los resultados en el informe de seguimiento al PAAC-MRC segundo cuatrimestre vigencia 2023 publicado en el link https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/seguimiento-estrategias-del-plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/
	5.2.	Elaborar informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción elaborado	Oficina de Control interno	15/05/2023 14/09/2023 16/01/2024	67%	La oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2023, generando el respectivo informe de seguimiento publicado dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo de 2023 en el link https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/seguimiento-estrategias-del-plan-anticorrupcion-y-atencion-al-ciudadano/, cumpliendo con los lineamientos normativos para tal fin.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano							
Seguimiento II Oficina Control Interno							
Fecha: 01/05/2023 - 31/08/2023							
Fecha de Publicación: 14/09/2023				Vigencia: 2023			
Componente 2: Racionalización de Trámites							
Subcomponente	**Actividades Programadas**		**Meta o producto**	**Responsable**	**Fecha programada**	**% de avance**	**Observaciones**
Subcomponente /proceso 1 Priorización de trámites	**2.1**	Solicitud del trámite en línea (Historias Clínicas) a través de pestaña en la página institucional.	Pestaña solicitud de historias clínicas en la página institucional.	Oficina de Planeación	31/12/2023	67%	Conforme a seguimiento realizado por la oficina de control interno se evidenció el trámite de Solicitud de Historias Clínicas con usabilidad en el link de la página Web de la institución. https://isabu.gov.co/transparencia/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/historia-clinicas/. Se realizó socialización de su implementación a los usuarios a través de los diferentes canales de comunicación de la entidad como son: página web institucional, Instagram, Facebook, igualmente también se divulgó en las diferentes carteleras informativas ubicadas en el HLN y Centros de Salud. Como resultado del análisis realizado por la oficina de control interno, se recomendó intensificar la socialización, capacitaciones y orientaciones a los usuarios con el fin de aumentar el uso de esta herramienta y de esta manera lograr que el usuario se beneficie al realizar la solicitud de historia clínica en línea, reduciendo costos de desplazamiento, tiempo y la disminución de filas. A la par es necesario que se diseñen estrategias que permitan aumentar el número de usos del trámite en línea ya que, si tenemos en cuenta las solicitudes de historia clínica realizadas de manera presencial frente al uso del trámite virtual, se evidencia aún que la presencialidad es preferida por nuestros usuarios.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano							
Seguimiento II Oficina Control Interno							
Fecha: 01/05/2023 - 31/08/2023							
Fecha de Publicación: 14/09/2023				Vigencia: 2023			
Componente 3: Rendición de cuentas							
Subcomponente	**Actividades Programadas**		**Meta o producto**	**Responsable**	**Fecha programada**	**% de avance**	**Observaciones**
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	**1.1**	Definir equipo de lideres de proceso de rendición de cuentas	Acta con el equipo multidisciplinario conformado	Oficina de Planeación	20/02/2023	100%	La oficina Planeación realizó mesa de trabajo según acta de reunión de fecha 01/02/2023 para la conformación de los miembros del grupo de Apoyo de Rendición de Cuentas de la ESE ISABU para el año 2023, integrado por el Jefe de la oficina de planeación, área de comunicaciones, profesional apoyo de planeación y Profesional área atención al usuario. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**

	1.2	Priorizar las necesidades de información identificadas en consulta realizada en el Componente de Rendición de Cuentas.	Informe con los resultados y priorización de las necesidades de información encontradas para la Rendición de Cuentas del periodo 2022.	Oficina de Planeación	20/02/2023	100%	La oficina de planeación llevó a cabo mesa de trabajo según acta de reunión del 02/02/2023, en la cual se priorizaron las necesidades de información en cada componente de la rendición de cuentas como son: Alistamiento Institucional Identificación de Interlocutores Divulgación y capacitación Organización Logística Convocatoria Inscripción y Radicación de Propuestas Análisis y clasificación de las propuestas y/o evaluaciones recibidas Realización de la Audiencia Evaluación de la Audiencia **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	1.3	Revisar líneas de acción de la estrategia de rendición de cuentas para fortalecer el acceso a información de calidad y en lenguaje comprensible.	• Documento con la estrategia de rendición de cuentas del periodo 2022 • Plan de medios • Oficio de lineamientos del informe de gestión del periodo 2022. • Publicación de la fecha de rendición de cuentas en la Plataforma de la Supersalud (Circular Única) y página web institucional • Publicación de reglamento de rendición de cuentas	Oficina de Planeación Comunicaciones SIAU	28/02/2023	100%	Con el fin de permitir el acceso a la información de calidad y con un lenguaje comprensible, se llevó a cabo: Documento con la estrategia de rendición de cuentas periodo 2022. Plan de medios Se emitió circular 003 del 07/02/2023 con los lineamientos para el informe de gestión del periodo 2022. Cargue en la plataforma de la Supersalud del formato GT-003, para oficializar la fecha de la rendición de cuentas periodo 2022, cumpliendo con el término establecido para ello. Publicación en página web institucional de la fecha a realizar la rendición de cuentas y reglamento link https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/rendicion-de-cuentas-a-la-ciudadania/ **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	**2.1**	Diseñar y socializar el plan de rendición de cuentas con sus respectivos cronogramas, metas y componentes.	Plan de rendición de cuentas y socializado	Oficina de Planeación	3/03/2023	100%	Se realizó plan de rendición de cuentas con las respectivas etapas para su realización, socializado a los líderes de procesos según acta del 10/02/2023. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	2.2	Definir capacidad operativa y disponibilidad de recursos financieros para llevar a cabo la rendición de cuentas.	Excel con la Logística definida para la rendición de cuentas	Oficina de Planeación Subgerencia Administrativa	3/03/2023	100%	La audiencia pública de rendición de cuentas de la vigencia 2022, se llevó a cabo de manera virtual haciendo uso del canal institucional de Facebook, por lo tanto, no generó costo alguno para la entidad; se anexa Excel donde se relaciona la logística para la rendición de cuentas. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	2.3	Desarrollar acciones para promover y realizar el dialogo con los diferentes grupos de valor.	Documento con la estrategia para promover el diálogo de doble vía con los grupos de valor.	Líderes de los grupos de Valor Oficina de Planeación SIAU Comunicaciones	7/03/2023	100%	Con el fin de establecer los lineamientos, criterios y actividades a seguir para los espacios de dialogo en la rendición de cuentas, la entidad desarrolló actividades basadas en la “Guía de Buenas Prácticas en la Entidad en Espacios de Dialogo para la Rendición de Cuentas" de la E.S.E ISABU, permitiendo de esta manera poner en práctica los mecanismos de diálogo entre los diferentes grupos de valor. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**

	3.1	Realizar socialización de la estrategia para interiorizar la cultura de rendición de cuentas en los servidores públicos y en los ciudadanos mediante la capacitación, el acompañamiento y reconocimiento de experiencias.	Acta de socialización y/o de la estrategia de rendición de cuentas dirigida a los grupos de valor de la entidad.	Líderes de los grupos de Valor Oficina de Planeación Comunicaciones SIAU	7/03/2023	100%	Se llevó a cabo capacitación a la alianza de usuarios según acta de fecha 20/02/2023, y capacitación al personal administrativo según acta de fecha 08/03/2023, con el fin de dar a conocer la estrategia de rendición de cuentas vigencia 2022, permitiendo interiorizar la cultura de rendición de cuentas a los usuarios y servidores públicos. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	**3.2**	Convocar a todas las partes interesadas para contar con su participación en la Audiencia Pública de Rendición de cuentas	Convocatoria realizada	Oficina de Planeación	7/03/2023	100%	Se convocó a la participación en la audiencia pública de rendición de cuentas, a través de invitaciones enviadas a la Junta Directiva, alianza de usuarios, Secretaria de Salud Municipal y Departamental, Alcaldía de Bucaramanga, Universidades, EPS, igualmente se realizó invitación a la comunidad en general, a través de página WEB Institucional, Facebook, Instagram, publicación en carteleras de los diferentes centros de salud y emisora radial, permitiendo de ésta manera hacer extensiva la invitación. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	3.3	Publicar la estrategia de Rendición de cuentas en página web institucional	Enlace de publicación en página web institucional.	Comunicaciones	7/03/2023	100%	Se llevó a cabo publicación de invitación a la audiencia pública de rendición de cuentas en la Página web institucional link https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/rendicion-de-cuentas-a-la-ciudadania/ **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	**4.1**	Realizar seguimiento a las actividades programadas en la estrategia de rendición de cuentas	Excel de seguimiento al cronograma de actividades de la estrategia de rendición de cuentas.	Oficina de Planeación	30/04/2023	100%	Para la preparación y ejecución de la rendición de cuentas a la ciudadanía, se siguieron los lineamientos del documento Manual Único de Rendición de Cuentas elaborado por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y la normatividad vigente. La Oficina Asesora de Planeación a través de Excel realizó seguimiento a cada una de las etapas para la rendición de cuentas, llevándose a cabo en la fecha programada (31/03/2023). **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	4.2	Realizar evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional en el proceso de rendición de cuentas	Informe de evaluación del informe de gestión del periodo 2022 presentado en la rendición de cuentas	Oficina de control interno	30/06/2023	100%	La oficina de control interno realizó seguimiento a cada una de las etapas de la rendición de cuentas de la E.S.E ISABU vigencia 2022, generando el respectivo informe de evaluación en el que de manera general la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2022 de la E.S.E ISABU, se llevó a cabo dando cumplimiento a los lineamientos normativos y dentro de los parámetros establecidos en el reglamento interno. Informe publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/04/Evaluacion-de-la-audiencia-publica-de-rendicion-de-cuentas-vigencia-2022.pdf. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	4.3	Elaborar informe de resultados, logros y dificultades de las Rendición de cuentas realizada.	Informe de resultados, logros y dificultades de las Rendición de Cuentas	Oficina de Planeación	30/07/2023	100%	La oficina de planeación realizó informe de rendición de cuentas vigencia 2022, detallando el proceso llevado a cabo en la rendición, logros y recomendaciones de la audiencia.

	4.4	Diseñar planes de mejoramiento de rendición de cuentas	Plan de mejoramiento de la estrategia de rendición de cuentas	Oficina de Planeación Comunicaciones	30/07/2023	100%	No se generó plan de mejoramiento de la estrategia de rendición de cuentas. De acuerdo al informe de evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2022 presentado por la oficina de control interno, la oficina de planeación a través de oficio con radicado 2591 del 30/06/2023 comunica que las recomendaciones fueron estudiadas con el fin de ser aplicadas en la rendición de cuentas de la vigencia 2023.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano							
Seguimiento II Oficina Control Interno							
Fecha: 01/05/2023 - 31/08/2023							
Fecha de Publicación: 14/09/2023				**Vigencia: 2023**			
Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención al Ciudadano							
Subcomponente	**Actividades Programadas**		**Meta o producto**	**Responsable**	**Fecha programada**	**% de avance**	**Observaciones**
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	**1.1**	Ejecutar el procedimiento de Atención al Usuario de la ESE ISABU	Informe semestral de reporte de la ejecución del procedimiento de atención al usuario de la ESE ISABU	SIAU	15/07/2023 30/12/2023	50%	La oficina del SIAU presentó informe correspondiente al primer semestre de la vigencia de 2023, en el cual se consolidan las diferentes actividades realizadas por la oficina de atención al usuario frente a la gestión oportuna de pqrs, satisfacción del usuario y las estrategias desarrolladas para incentivar y promover la participación ciudadana en la vigencia 2023.
	1.2	Realizar análisis el estado actual del servicio al ciudadano que presta la entidad y generar las oportunidades de mejora como proceso de mejoramiento continuo.	Informe con el análisis del estado del servicio al ciudadano con la identificación de las oportunidades de mejora y las acciones a ejecutar que permitan mejorar la situación actual.	SIAU	30/11/2023	0%	Actividad programada para el III cuatrimestre de la vigencia 2023, se realizará el seguimiento en el III informe del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-Mapa de Riesgos de Corrupción.
	1.3	Realizar medición y análisis trimestral del indicador de tiempo de atención al usuario.	Ficha técnica del indicador de tiempos de atención al usuario con la medición y el análisis	SIAU	15/04/2023 15/07/2023 15/10/2023 31/12/2023	50%	La oficina del SIAU realizó medición de los tiempos de atención al usuario, resultados que fueron consolidados en el informe PQRS SIAU correspondiente al segundo trimestre de la vigencia 2023 y publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/Informe-de-gestion-siau-II-trimestre-2023.pdf
	1.4	Realizar medición y análisis trimestral de la percepción a ciudadanos con respecto a la calidad de los servicios prestados	Ficha técnica del indicador de satisfacción al usuario con medición y análisis	SIAU	15/04/2023 15/07/2023 15/10/2023 31/12/2023	50%	La oficina de SIAU, mensualmente evalúa la satisfacción de los usuarios a través de la encuesta institucional, que es aplicada en las unidades operativas evaluando los servicios para identificar las oportunidades de mejora; resultados que se consolidaron en el informe PQRS SIAU correspondiente al segundo trimestre de la vigencia 2023. Publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/Informe-de-gestion-siau-II-trimestre-2023.pdf

Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	**2,1**	Socializar trimestralmente a través de página web (Banner) y redes sociales el link de PQRSD	Informe trimestral de socialización en página web y redes sociales el link de PQRSD.	Comunicaciones	15/04/2023 15/07/2023 15/10/2023 31/12/2023	50%	Se presenta informe de la comunicadora social el cual detalla la ubicación del link de PQRSD de manera destacada en el banner inicial de la página principal de la web junto con los canales de atención de la entidad, adicional, se publicaron mensajes en las redes sociales (Facebook e Instagram) informando sobre la disponibilidad del link de pqrs y cómo acceder a él. Se evidencia captura de pantalla de la página web institucional de los diferentes canales de atención.
	2,2	Socializar trimestralmente y mantener actualizados los canales de atención y participación ciudadana a los colaboradores y ciudadanía a través de los diferentes canales de comunicación (carteleras institucionales, página web y anuncios publicitarios a través de redes sociales).	Informe de socialización de los diferentes canales de atención y participación ciudadana.	Comunicaciones SIAU	15/04/2023 15/07/2023 15/10/2023 31/12/2023	50%	Se presenta informe en el que se anexan los soportes de capturas de pantallas de los diferentes canales de atención a la ciudadanía en la página web institucional link https://isabu.gov.co/ y la publicación de los diferentes canales de información en las carteleras informativas ubicadas en los centros de salud y unidades hospitalarias. La anterior información se mantiene actualizada en las plataformas de redes sociales y página Web institucional; para conocimiento de los usuarios y de la comunidad en general.
	2,3	Garantizar al usuario la atención de las PQRSD, según los tiempos establecidos por la Ley.	Informe trimestral de las PQRSD atendidas en el tiempo establecido por la ley	SIAU	15/04/2023 15/07/2023 15/10/2023 31/12/2023	50%	La oficina del SIAU presentó informe correspondiente al segundo trimestre de la vigencia de 2023, en el cual se detalló las solicitudes de información, pqrs 2023, medios de recepción de pqrs y atención al usuario, tiempos de respuestas, principales causas de las pqrs, indicadores de satisfacción; permitiendo analizar la prestación del servicio en la entidad y la implementación de las actividades en pro de la calidad en la prestación del servicio a la ciudadanía; informe que se encuentra publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/Informe-de-gestion-siau-II-trimestre-2023.pdf
Subcomponente 3 Talento humano	**3.1**	Diseñar plan de trabajo para la puesta en marcha de actividades tendientes al fortalecimiento de la política del servicio al ciudadano de la entidad	Plan de trabajo para el fortalecimiento de la política del servicio al ciudadano	Talento Humano SIAU	28/04/2023	100%	Se elaboró plan de trabajo para la puesta en marcha de las actividades tendientes al fortalecimiento de la política del servicio al ciudadano de la entidad, el cual contiene estrategias de promoción de los diferentes canales de atención, capacitación al usuario, gestión oportuna de las pqrs, medición de satisfacción del usuario, canal de atención itinerante. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	3.2	Fortalecer el proceso de formación y capacitación en temas de servicio al ciudadano, dirigido a los colaboradores del ISABU con funciones de servicio y atención a través de la creación de un documento orientador en temas de humanización	Documento orientador en temas de humanización y socialización.	Talento Humano SIAU	9/06/2022	100%	Se evidencia por parte de la oficina del SIAU y del área de talento humano que se elaboró el documento orientador de atención y satisfacción al cliente, con el fin de fortalecer el proceso de formación y capacitación en temas de servicio al ciudadano permitiendo de esta manera la mejora en la atención a los usuarios.

	3.3	Incluir dentro de los planes de bienestar e incentivos de los colaboradores de la ESE ISABU, estímulos para destacar su desempeño respecto a la atención que prestan a los ciudadanos	Documento Plan de bienestar de incentivos de los colaboradores del ISABU ajustado vigencia 2023.	Talento Humano	31/01/2023	100%	La oficina de talento humano elaboró el Plan de Bienestar laboral e incentivos aprobado por el comité CIGD el 30/01/2023 y publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/01/GTH-PL-010-PLAN-DE-BIENESTAR-2023.pdf el 31 de enero de 2023. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
Subcomponente 4 Normativo y procedimental	**4.1**	Realizar revisión semestral del Procedimiento de Petición, Quejas y Reclamos de acuerdo a la normatividad legal y lineamientos de la entidad y actualizar si es necesario.	Informe de la revisión del procedimiento de Petición, Quejas y Reclamos y actualización en caso que aplique	SIAU Jurídica	15/07/2023 15/12/2023	50%	Se realizó actualización de los siguientes procedimientos en el mes de junio de 2023: CODIGO: GAU-P-001 Versión 1,0 PROCEDIMIENTO DE APERTURA DE BUZONES CODIGO: GAU-P-002 versión 4.0 PROCEDIMIENTO EXPERIENCIA DEL USUARIO CODIGO: GAU-P-003 Versión 3 PROCEDIMIENTO SATISFACCION DEL USUARIO; cumpliendo con los lineamientos normativos para la atención al usuario.
	4.2	Realizar análisis trimestral de las PQRSD de la ESE ISABU, identificando oportunidades de mejora en la prestación del servicio.	Informe PQRSD publicados en la página web.	SIAU	15/04/2023 15/07/2023 15/10/2023 10/01/2024	50%	El responsable del proceso de Gestión Atención al Usuario realizó análisis de las PQRSD recibidas identificando las oportunidades de mejora para la prestación de los servicios en la E.S.E ISABU, los resultados se encuentran consolidados en el informe de PQRSD II trimestre vigencia 2023, el cual se encuentra publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/Informe-de-gestion-siau-II-trimestre-2023.pdf
	4.3	Publicar los avisos de privacidad de la información en los diferentes canales que la entidad dispone para la atención al ciudadano de conformidad con la política de tratamiento de datos personales	Informe de publicaciones de los avisos de privacidad de la información a través de los diferentes canales de comunicación (incluir enlaces de publicación y captura de pantalla).	Comunicaciones	02/05/2023 31/08/2023 31/12/2023	67%	Se presenta informe en el cual se evidencia que los avisos de privacidad de la información de la E.S.E ISABU cumple con las siguientes funciones: "1. Transparencia y notificación sobre las prácticas de gestión de los datos de la entidad. 2. Derecho a la información para que los usuarios conozcan como se manejan los datos personales por parte de ISABU como entidad pública. 3. Consentimiento informado que va incluido cuando diligencian un formulario o acceden a entregar datos a terceras personas. 4. Seguridad de datos donde se incluye la información de cada medida de seguridad que se aplica para proteger cada uno de los datos personales de los usuarios. 5. Cumplimiento normativo, ya que es fundamental para la entidad evitar sanciones y multas al no tener dichos avisos de privacidad. La E.S.E ISABU dispone siempre antes de que el usuario diligencie un formulario de la página web el aviso de privacidad donde se le pide aceptar o denegar el usuario y tratamiento de datos de cada usuario." se evidencia captura de pantalla de aviso de privacidad y link de página web institucional: https://isabu.gov.co/

	4.4	Realizar revisión trimestral de la información publicada en carteleras informativas de los centros de salud y unidades hospitalarias para garantizar la difusión de los contenidos relacionados con derechos y deberes de los ciudadanos, requisitos de trámites, horarios, canales de atención y boletines informativos.	Informe de revisión de la cartelera informativa de los centros de salud y unidades hospitalaria con anexo de registros fotográficos	SIAU Comunicaciones	15/04/2023 15/07/2023 15/10/2023 31/12/2023	50%	Se presenta informe de revisión de las carteleras informativas de los centros de salud y unidad hospitalarias, el cual incluye registros fotográficos de las carteleras informativas ubicadas en los Centros de Salud y Unidades Hospitalarias cumpliendo con la difusión de la información de los diferentes temas de servicio al usuario.
	4,5	Socializar cuatrimestralmente los avisos de privacidad de la información en los diferentes canales que la entidad dispone para la atención al ciudadano, de conformidad con la política de tratamiento de datos personales	Informe de socialización.	Gestión de la TIC´s	30/04/2023 31/08/2023 31/12/2023	67%	Se presenta informe de socialización de avisos de privacidad de la información y protección de datos personales, en el que se llevaron a cabo las siguientes actividades: - Se actualizaron los avisos de privacidad en las cámaras de grabación instaladas en el HLN, (se evidencia imagen de avisos en la portería del HL, imagen avisos de privacidad en ventanillas, imagen avisos de privacidad en las cámaras, -AVISOS DE PRIVACIDAD EN PORTAL WEB: Se realizó seguimiento y verificación de los avisos de privacidad de la información en los diferentes canales que la entidad dispone para la atención al ciudadano. portal Web. https://isabu.gov.co/ -SENSIBILIZACIÓN – Concejos de Ciberseguridad – Gestión TI (Píldoras de seguridad digital para estar siempre protegido. Mediante concejos cortos y prácticos enviados vía correo electrónico de manera masiva por correspondencia).
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	**5.1**	Aplicar encuestas de medición de la satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios del ISABU	Informe trimestral de la encuesta de satisfacción al usuario.	SIAU	15/04/2023 15/07/2023 15/10/2023 10/01/2024	50%	La oficina de SIAU, mensualmente evalúa la satisfacción de los usuarios a través de la encuesta institucional, que es aplicada en las unidades operativas evaluando los servicios para identificar las oportunidades de mejora; resultados que se consolidaron en el informe PQRS SIAU correspondiente al segundo trimestre de la vigencia 2023, publicado en el link ttps://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/Informe-de-gestion-siau-II-trimestre-2023.pdf

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano							
Seguimiento II Oficina Control Interno							
Fecha: 01/05/2023 - 31/08/2023							
Fecha de Publicación: 14/09/2023				Vigencia: 2023			
Componente 5: Mecanismo de Transparencia y Acceso a la Información							
Subcomponente	**Actividades Programadas**		**Meta o producto**	**Responsable**	**Fecha programada**	**% de avance**	**Observaciones**
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	**1.1**	Actualizar la información en la página WEB, en el link" Transparencia y acceso a la información pública de la ESE ISABU, dando cumplimiento con lo establecido en la ley 1519 de 2020.	Informe trimestral donde se relacione las actualizaciones de publicaciones en el link de transparencia y acceso a la información de acuerdo al registro de publicaciones.	Comunicaciones	15/04/2023 15/07/2023 15/10/2023 10/01/2024	50%	Se evidencia informes mensuales donde se relacionan las publicaciones en el link de transparencia y acceso a la información https://isabu.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/transparencia/, dando continuidad en el cumpliendo con lineamientos normativos para tal fin.
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	**2.1**	Garantizar a la ciudadanía la respuesta a las solicitudes de información pública, según los tiempos establecidos por la Ley	Informe trimestral de las solicitudes de información pública atendidas en el tiempo establecido por la ley	SIAU	5/07/2023 15/10/2023 10/01/2024	50%	La oficina del SIAU presentó informe correspondiente al segundo trimestre de la vigencia de 2023, en el cual se detalló las solicitudes de información, pqrs 2023, medios de recepción de pqrs y atención al usuario, tiempos de respuestas, principales causas de las pqrs, indicadores de satisfacción; permitiendo analizar la prestación del servicio en la entidad y la implementación de las actividades en pro de la calidad en la prestación del servicio a la ciudadanía; informe que se encuentra publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/Informe-de-gestion-siau-II-trimestre-2023.pdf
Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	**3.1**	Revisar con los líderes y equipo de trabajo los instrumentos de Gestión de la Información (Índice de información clasificada y reservada, registros de activos de información y esquema de publicación de información) para la actualización de los instrumentos.	Acta de grupo de trabajo revisión de los instrumentos de Gestión de la Información.	Gestión Documental	31/05/2023	100%	Se realizó revisión de los instrumentos de Gestión de la Información (Índice de información clasificada y reservada, registros de activos de información y esquema de publicación de información). Se evidencian actas con las diferentes áreas en las fechas 04/05/2023, 08/05/2023, 09/05/2023, 10,05/2023, 18/05/2023, 19/05/2023, 21/04/2023, 20/04/2023, 24/04/2023, 25/04/2023, 27/04/2023, 31/05/2023.
	3.2	Actualizar los instrumentos de Gestión de la Información y publicar en datos abiertos y página web.	Link de publicación de los instrumentos de Gestión de la información.	Gestión Documental	31/10/2023	0%	Actividad programada para el III cuatrimestre de la vigencia 2023, se realizará el seguimiento en el III informe del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-Mapa de Riesgos de Corrupción.
	3,3	Socializar a través de correo electrónico a todos los colaboradores de la entidad la actualización de los instrumentos de Gestión de la Información	Soporte de correo electrónico de la socialización masiva realizado a los colaboradores de la entidad	Gestión Documental	31/12/2023	0%	Actividad programada para el III cuatrimestre de la vigencia 2023, se realizará el seguimiento en el III informe del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-Mapa de Riesgos de Corrupción.

Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	**4.1**	Publicar información en página web y redes sociales con accesibilidad de la información a población con discapacidad y a los distintos grupos culturales de la región.	Informe con la relación de la información publicada y con acceso a información cumpliendo con los criterios diferenciales de accesibilidad en página web y redes sociales de la entidad, anexando link	Comunicaciones	30/04/2022 30/08/2022 31/12/2022	67%	Se presenta informe donde se relaciona publicaciones en redes sociales. Desde el área de comunicaciones se realizaron diferentes actividades como: publicaciones en las redes sociales (Facebook y Instagram), publicación de documentos de normativos en página web en la sección de Transparencia y Acceso a la Información. La entidad tiene implementada la página web institucional en el siguiente Link http://isabu.gov.co/isabu/ con herramientas de accesibilidad a la población en general.
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	**5.1**	Realizar medición y análisis a través de la encuesta de transparencia y acceso a la información pública de forma trimestral a la ciudadanía sobre la accesibilidad a la información publicada en la página Web.	Ficha Técnica del indicador de transparencia y acceso a la información pública con la medición y análisis trimestral.	Comunicaciones	15/04/2023 15/07/2023 15/10/2023 15/12/2023	50%	Se presentó ficha técnica del indicador de transparencia y acceso a la información pública arrojando un resultado del del 93% en la claridad y calidad de la información publicada en la página web institucional.
	5.2	Elaborar un informe trimestral de Peticiones, Quejas/Reclamos, Solicitud de información, Denuncias, Sugerencias/Propuesta, que contenga el a. número de solicitudes recibidas, b. Número de solicitudes que fueron trasladadas a otra entidad, c. Tiempo de respuesta a cada solicitud, d. número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.	Informe trimestral de PQRSD	SIAU	31/03/2023 30/06/2023 30/09/2023 31/12/2023	50%	La oficina del SIAU presentó informe correspondiente al segundo trimestre de la vigencia de 2023, en el cual se detalló las solicitudes de información, pqrs 2023, medios de recepción de pqrs y atención al usuario, tiempos de respuestas, principales causas de las pqrs, indicadores de satisfacción; permitiendo analizar la prestación del servicio en la entidad y la implementación de las actividades en pro de la calidad en la prestación del servicio a la ciudadanía; informe que se encuentra publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/Informe-de-gestion-siau-II-trimestre-2023.pdf

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Seguimiento II Oficina Control Interno

Fecha: 01/05/2023 - 31/08/2023

Fecha de Publicación: 14/09/2023 | **Vigencia: 2023**

Componente 6: Iniciativas Adicionales

Subcomponente	Actividades Programadas		Meta o producto	Responsable	Fecha programada	% de avance	Observaciones
Subcomponente 1 Iniciativas Adicionales	**6.1**	Elaborar plan de trabajo de implementación del código de integridad en la vigencia 2023.	Plan de trabajo de implementación del código de integridad.	Jurídica	31/01/2023	100%	Se elaboró documento "plan de trabajo código de integridad" para la vigencia 2023, aprobado por el comité CIGD el 30/01/2023 y publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/01/JUR-PL-001PLAN-CODIGO-INTEGRIDAD-2023.pdf, en el que se establece el cronograma de actividades a desarrollar para dar continuidad con la implementación del código de integridad en la entidad. **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	6.2	Ejecución del plan de trabajo del código de integridad de la vigencia 2023.	Informe de cumplimiento al plan de implementación del código de integridad	Jurídica	30/06/2023 15/12/2023	50%	Se evidencia informe de seguimiento al cumplimiento al plan de trabajo de implementación del código de integridad vigencia 2023 con corte a 30 de junio, en el que se realizaron las siguientes actividades: - Actualización plan de trabajo código de integridad - Cronograma de actividades

							- Socialización plan de trabajo código de integridad - Elaboración de plantilla que sobe los valores del código de integridad y socialización Conforme a lo anterior se dio cumplimiento con lo programado.
	6.3	Elaborar plan de trabajo de implementación de conflicto de interés de la vigencia 2023.	Plan de trabajo de implementación de conflicto de interés de la vigencia 2023.	Talento Humano	31/01/2023	100%	El área de talento humano elaboró el "plan de trabajo conflicto de interés" para la vigencia 2023, aprobado por el comité CIGD el 30/01/2023 y publicado en la página web institucional link https://isabu.gov.co/wp-content/uploads/2023/01/GTH-PL-015-PLAN-DE-CONFLICTO-DE-INTERESES-2023.pdf, cuyo objetivo es establecer las pautas para la identificación, prevención y administración de potenciales conflictos de interés, derivados del desarrollo de todas las actividades en la ESE ISABU **(ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)**
	6.4	Ejecución del plan de trabajo de implementación de conflicto de interés de la vigencia 2023	Informe de cumplimiento al plan de implementación de conflicto de interés	Talento Humano	30/06/2023 15/12/2023	50%	Se presenta de parte del área de talento humano informe de seguimiento a las actividades establecidas en el plan de trabajo de implementación de conflicto de interés, el cual detalla el estado de cada una de las actividades programadas; de las actividades que no se han podido cumplir en el primer semestre, se tienen programadas reuniones con el área jurídica para su realización.

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN- SICOF AÑO 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ESE ISABU

IDENTIFICACION DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO SICOF			ADMINISTRACION DEL RIESGO						
			VALORACION DEL RIESGO									
PROCESO / OBJETIVO	REFERENCIA	RIESGO DE CORRUPCION	No. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	TRATAMIENTO	INDICADOR	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	PERIODICIDAD DE LA ACCIÓN	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE TERMINACION	SEGUIMIENTO SEGUNDO CUATRIMESTRE VIGENCIA 2023 CONTROL INTERNO
GESTION DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo ,Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	R1-SICOF	Posibilidad de afectación económica e Investigaciones disciplinarias, fiscales y penales y procesos sancionatorios por parte de los organismos de control por ocultar o manipular información relacionada con el direccionamiento estratégico, generando incumplimiento en publicación de informes, imposibilitando el cumplimiento de los objetivos, planes, programas y proyectos institucionales y demás requisitos de ley que deban estar en página dentro de la sección de trasparencia y acceso a la información, dentro de los tiempos establecidos por la ley para favorecer a terceros.	1	El profesional de comunicaciones deberá verificar las solicitudes recibidas a través del correo electrónico y proceder a llevar un control mensual de las mismas a través del formato lista de chequeo publicaciones en página WEB y se presentará de forma trimestral al jefe de la Oficina Asesora de Planeación.	REDUCIR	Número de solicitudes publicadas / número de publicaciones recibidas*100%	Realizar publicaciones en página WEB en cumplimiento a lo establecido en la LEY DE TRANSPARENCIA 1742 de 2014 y Resolución 1519 de 2019.	Coordinador de comunicaciones	Permanente	1-ene-23	31/12/2023	Se presenta relación mensual en formato de lista de chequeo de las publicaciones realizadas en la página web institucional correspondiente al primer cuatrimestre del 2023, aprobado y firmado por el jefe de la oficina de planeación.
			2	El jefe de la Oficina Asesora de planeación verificará el seguimiento realizado por el profesional de comunicaciones a través de lista de chequeo publicaciones en página WEB, dando su visto bueno para la presentar al comité CIGD.								El jefe de la oficina asesora de planeación realizó verificación de las publicaciones en página web realizadas por el profesional de comunicaciones según listas de chequeo de publicaciones en página web en cumplimiento de la Ley de transparencia correspondiente al segundo cuatrimestre del 2023. Se evidencia aplicación del control establecido para la mitigación del riesgo. Medición de cumplimiento del indicador: 28 solicitudes realizadas en el cuatrimestre 28 publicaciones en el cuatrimestre Total 28/28*100= 100% Se realizó el 100% de las publicaciones solicitadas.

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO OBJETIVO: Garantizar personal competente que permita desarrollar correctamente los planes institucionales, estableciendo un Programa de Gestión Humana encaminada a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.	**R2-SICOF**	Pérdida de recursos financieros de la institución o de los trabajadores por apropiación indebida de recursos en la nómina por Falta de ética del profesional de nómina.	**1**	La Profesional de Talento Humano una vez cerrado el periodo en el módulo de nómina del sistema de información realizara una revisión aleatoria del 5% de la nómina utilizando instrumento formato de pago como evidencia, alternando los empleados de forma mensual.	**REDUCIR**	(N° de nóminas con alteraciones no justificadas del 5% revisadas de la muestra / N° total de nóminas liquidadas del 5% revisadas de la muestra) *100%	1, La profesional de nómina reportara las novedades liquidades de los funcionarios de planta del mes a la profesional de talento humano por medio de correo electrónico, con el fin de realizar revisión y aprobación,	Profesional Universitario / Nomina	Mensual	1-ene-23	31-dic-23	**1.** Se evidenció correos electrónicos de novedades de la nómina enviados por el profesional de nómina responsable de su elaboración correspondiente a los meses mayo, junio, julio, agosto para revisión por el área de talento humano. Se informa que para el segundo cuatrimestre se realizó una revisión aleatoria de la nómina de 50 funcionarios, y en estos no se halló diferencias entre los soportes de novedades y lo aplicado en su liquidación. Se evidencia aplicación del control establecido para la mitigación del riesgo.
			2	LA profesional de talento humano notificara mediante correo electrónico el resultado de la revisión en el caso de encontrar en alteraciones en el proceso de la nómina, este notificara a la Subgerencia Administrativa para que sea esta dependencia quien tome las medidas correspondientes.								**2.** No se realizaron notificaciones ya que para el segundo cuatrimestre se realizó una revisión aleatoria de la nómina de 50 funcionarios, y en estos no se halló diferencias entre los soportes de novedades y lo aplicado en su liquidación. Se evidencia aplicación del control establecido para la mitigación del riesgo. Medición de cumplimiento del indicador: Indicador: 0 (N° de nóminas con alteraciones no justificadas de las revisadas) /50 (/ N° total de nóminas liquidadas del 5% revisadas de la muestra) = 0 I = 0/50 = 0 100%.

GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial	**R3-SICOF**	Posibilidad de afectación económica y procesos disciplinarios y/o sancionatorios debido a la falta de supervisión y verificación periódica de los equipos biomédicos, insumos y medicamentos en el servicio de urgencias por uso inapropiado de la investidura para apropiarse de los mismos	**1**	El Líder de enfermería del servicio de urgencias coordinara junto a la ingeniera biomédica capacitaciones trimestrales sobre el uso correcto de los equipos biomédicos, sus cuidados, costos, entre otros, a todo el personal asistencial del servicio de urgencias.	**REDUCIR**	(Número de activos reales en el inventario físico / número de activos asignados en base de datos) * 100	1.Realizar la capacitación del PROTOCOLO MANEJO CARRO DE PARO CODIG O: SDP-PT-027 VERSION 01 dos veces al año a los profesionales de enfermería del servicio de urgencias, dejando acta de capacitación que incluya la evaluación pre y pos test la cual se debe remitir al siguiente día hábil posterior a la capacitación a la dirección técnica de unidades hospitalarias e incluir en el proceso de inducción del servicio. 2.Diligenciar por parte del profesional de enfermería en cada entrega de turno el formato VERIFICACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CARRO DE PARO CODIGO: CIR-F-013 VERSION 01 y archivarlo en la carpeta del servicio. Notificar al líder del servicio por correo electrónico cuando se evidencien diferencias no justificables entre las cantidades asignadas y existentes. 3. Remitir mensualmente los soportes del diligenciamiento del formato VERIFICACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CARRO DE PARO CODIGO: CIR-F-013 VERSION 01, en los 3 días siguiente al mes vencido a la dirección técnica unidades hospitalarias. 4. El Líder de enfermería del servicio de urgencias aplicará lista de chequeo de los equipos biomédicos asignados al servicio de internación con una periodicidad semestral ubicados en los servicios de internación y remitirá a la dirección técnica de las unidades hospitalarias en informe de la revisión realizada identificando si existen diferencias entre los equipos asignados y verificados.	1. Líder del servicio de urgencias 2. Profesionales de enfermería de acuerdo al listado de turnos 3. Líder de farmacia	Mensual	1-abr-23	20-dic-23	**1.** Se realizaron capacitaciones al personal de urgencias con el propósito de que el personal comprenda todos los riesgos de los equipos, así como el buen cuidado, limpieza y correcto manejo de estos. Se anexan actas de fecha 24/06/2023 y 31/07/2023. Se evidencia aplicación del control establecido para la mitigación del riesgo.
			2	El Líder de enfermería del servicio de urgencias realizara la verificación de las existencias de acuerdo al inventario de insumos en documento Excel, utilizando como herramienta el sistema de información institucional software PANACEA, con una periodicidad semestral. Se ejecutan las respectivas bajas y se actualizara los inventarios en el sistema de información PANACEA.								**2.** Se evidenció diligenciamiento formato de revisión carro de paro trauma, comprobante de bajas, formato verificación de insumos carro de paro servicio de urgencias-HLN correspondiente al segundo cuatrimestre vigencia 2023, Se evidencia aplicación del control establecido para la mitigación del riesgo.
			3	El profesional de enfermería aplicara la lista de chequeo de carro de paro y de las ambulancias, junto con el personal de farmacia, de manera mensual o antes si se realiza apertura de los mismos para la intención de un paciente; esto teniendo en cuenta el PROTOCOLO MANEJO CARRO DE PARO CODIGO: SDP-PT-027 versión 01, con el objetivo de garantizar que se encuentren insumos y medicamentos completos, como también que los equipos estén en buen estado y funcionando correctamente.								**3.** Se realizó aplicación del formato de verificación de medicamentos de insumos carro de paro urgencias, HLN correspondiente a los meses de mayo a agosto de 2023. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento de indicador: de acuerdo a medición de indicador se informa que en los meses de seguimiento se alcanza un cumplimiento del 100% del indicador, encontrando que en todas coincide el inventario físico con los activos asignados.

GESTIÓN DE INTERNACIÓN OBJETIVO: Garantizar el manejo pertinente, seguro y cálido a los usuarios que requieren del servicio de hospitalización para la recuperación de su salud, con altos estándares de calidad, seguridad y humanización del servicio.	**R4-SICOF**	Posibilidad de afectación económica y procesos disciplinarios y/o sancionatorios debido a la falta de supervisión y verificación periódica de medicamentos e insumos que se encuentran en el carro de paro en el servicio de internación por uso inapropiado de la investidura para apropiarse de los mismos	**1**	El profesional de enfermería en cada entrega de turno aplicará la lista de chequeo del PROTOCOLO MANEJO CARRO DE PARO CODIGO: SDP-PT-027 versión 01	**REDUCIR**	Total, de medicamentos e insumos identificados como faltantes en el carro de paro en el servicio de internación tercer y cuarto piso / Total de medicamentos e insumos asignados al carro de paro en el servicio de internación tercer y cuarto piso.	1.El líder de enfermería del servicio de internación recolecta lista de chequeo del protocolo de carro, esto se realiza para cada entrega de turno realizada por los jefes del servicio de internación (tercer y cuarto piso). 2. El líder de enfermería del servicio de internación recolecta el formato de reposición de insumos y medicamentos del carro de paro, cuando este sea utilizado para reanimación. 3. El Líder de enfermería del servicio de internación realizara una auditoria mensual al carro de paro mediante lista de cheque carro de paro.	Líder del servicio de internación	Mensual	Marzo 2023	Diciembre 2023	**1.** Se realizó revisión del carro de paro de hospitalización tercer y cuarto piso correspondiente a los meses mayo a agosto de 2023, según formato de verificación de medicamentos e insumos carro de paro. Se evidencia aplicación del control establecido para la mitigación del riesgo.
			2	En caso de una urgencia vital en la cual haya necesidad de utilizar el carro de paro, el jefe que se encuentre en servicio deberá reponer los insumos y medicamentos utilizados, realizando solicitud de estos por medio del sistema PANACEA, dejando como evidencia el formato de reposición de medicamentos e insumos carro de paro, este será entregado en forma física al jefe de enfermería de servicio de internación.								**2.** Con respecto a este riesgo se informa que para este indicador a la fecha no se requirió la realización del formato de reposición de insumos y medicamentos
			3	El Líder de enfermería del servicio de internación realizara una auditoria mensual al carro de paro mediante lista de cheque carro de paro.								**3.**Se realizó revisión del carro de paro de hospitalización tercer y cuarto piso correspondiente a los meses de mayo a agosto de 2023, según formato de verificación de medicamentos e insumos carro de paro. Se evidencia aplicación del control establecido para la mitigación del riesgo.

GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS OBJETIVO: Brindar una atención integral al usuario que requiere intervención quirúrgica para el tratamiento y recuperación de su estado de salud y /o atención Gineco-obstétrica de urgencias y atención del parto, realizando todos los procedimientos con parámetros de calidad, seguridad y atención humanizada cumpliendo con los lineamientos y misión institucional.	**R5-SICOF**	Posibilidad de afectación económica y procesos disciplinarios y/o sancionatorios debido a la falta de supervisión y verificación periódica de los equipos biomédicos, insumos y medicamentos en el servicio de partos y cirugía por uso inapropiado de la investidura para apropiarse de los mismos	**1**	El Líder de enfermería del servicio de partos y cirugía aplicará lista de chequeo de los equipos biomédicos asignados al servicio de internación con una periodicidad semestral ubicados en los servicios de internación y remitirá a la dirección técnica de las unidades hospitalarias en informe de la revisión realizada identificando si existen diferencias entre los equipos asignados y verificados.	**REDUCIR**	Total, de auxiliares de enfermería capacitados en el PROTOCOLO MANEJO CARRO DE PARO CODIG O: SDP-PT-027 VERSION 01 /Total de auxiliares de enfermería del servicio de partos y cirugía a	1.Realizar la capacitación del PROTOCOLO MANEJO CARRO DE PARO CODIG O: SDP-PT-027 VERSION 01 en el mes de mayo de 2022 a los auxiliares de enfermería del servicio de partos y cirugía, dejando acta de capacitación que incluya la evaluación pre y pos test la cual se debe remitir al siguiente día hábil posterior a la capacitación a la dirección técnica de unidades hospitalarias e incluir en el proceso de inducción del servicio. 2. Diligenciar por parte del auxiliar de enfermería en cada entrega de turno el formato VERIFICACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CARRO DE PARO CODIGO: CIR-F-013 VERSION 01 y archivarlo en la carpeta del servicio. Notificar al líder del servicio por correo electrónico cuando se evidencias diferencias no justificables entre las cantidades asignadas y existentes. 3. Remitir mensualmente los soportes del diligenciamiento del formato VERIFICACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CARRO DE PARO CODIGO: CIR-F-013 VERSION 01, en los 3 días siguiente al mes vencido a la dirección técnica unidades hospitalarias.	1. Líder del servicio de partos y cirugía 2. Auxiliares de enfermería de acuerdo al listado de turnos 3. Líder del servicio de partos y cirugía	Mensual	1. mayo 2023 2. mayo 2023 3. junio 2023	1.mayo 2023 2. diciembre 2023 3. enero 2024	**1.** Se realizó aplicación de lista de chequeo de equipos en sala de partos correspondiente a los meses mayo a agosto de 2023. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
			2	El Líder de enfermería del servicio de partos y cirugía realizara la verificación de las existencias de acuerdo al inventario de insumos remitido por la subgerencia administrativa con una periodicidad semestral y actualizara los inventarios en el sistema de información institucional.								**2.** Se realizó aplicación del formato de revisión diaria de stock de medicamentos y se llevó a cabo verificación de medicamentos e insumos carro de paro cirugía, correspondiente a los meses mayo a agosto de 2023. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
			3	El profesional de enfermería y/o auxiliar de enfermería en cada entrega de turno aplicará la lista de chequeo del PROTOCOLO MANEJO CARRO DE PARO CODIGO: SDP-PT-027 versión 01								**3.** Se evidenció aplicación de formato de verificación de medicamentos de insumos carro de paro sala de partos y aplicación de formato de stock código rojo cirugía correspondiente al primer cuatrimestre vigencia 2023. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Con respecto al control se llevó a cabo capacitación de manejo de carro de paro según acta de fecha 13/06/2023. Medición de cumplimiento de indicador: 100% de los auxiliares del servicio capacitados.

PROCESO DE APOYO DIAGNÓTICO OBJETIVO: Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Rx, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.	**R6-SICOF**	Posibilidad de pérdida financiera para la entidad que conlleva a sanciones disciplinarias del personal de las áreas de Radiología y laboratorio clínico por Uso inapropiado de la investidura para utilizar los servicios de salud en beneficio personal o a terceros (Ayudas Diagnósticas.) o por recibir dinero o dadivas para la realización de exámenes y tomas de estudios radiológicos sin estar facturados, generados por Falta de articulación del sistema de información del laboratorio clínico con el sistema de información PANACEA y lo facturado y faltas de controles de lo realizado con lo facturado en el área de radiología	**1**	El Coordinador del Laboratorio clínico realiza la revisión de los estudios realizados y los facturados con el fin de correlacionar los exámenes que arroja el sistema de laboratorio clínico (ANNAR) con el fin de controlar que todos los servicios a procesar estén debidamente facturados.	**REDUCIR**	Número de exámenes sin facturar/Total de exámenes facturados *100	Informe mensual que incluya el indicador de estudios realizados con estudios facturados confrontando con el sistema de información del Laboratorio Clínico y Radiología y facturación, este informe debe ser remitido a la dirección técnica de unidades hospitalarias incluyendo los soportes de la verificación de los controles establecidos, en los dos días hábiles siguientes del mes inmediatamente anterior.	Coordinador del Laboratorio Clínico Oficial de Protección Radiológica.	Mensual	1-mar-23	30-nov-23	**1.** Se evidencia informes de laboratorios por sedes, informe de estadísticas general por exámenes correspondiente a los meses mayo a agosto de 2023, permitiendo identificar de los servicios pendientes a procesar y las acciones a tomar, se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
			2	El oficial de protección radiológica realiza la revisión diaria permanente de placas tomadas en el digitalizador diariamente, las ordenes generadas y los compara con los servicios facturados en los RIPS por parte de facturación y la revisión de las ordenes procesadas por estudios ecográficos y los facturado de acuerdo a los RIPS por el área de facturación								**2.** Se evidencia aplicación de formato registro diario toma de RX, correspondiente al segundo cuatrimestre 2023. Igualmente se llevó a cabo informes de productividad detallados por sedes, se realizó informe de reportes de lecturas imagenológicas y estudios cancelados a la dirección del HLN. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.

PROCESO GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución	**R7-SICOF**	Posible afectación económica por incumplimiento al manual de contratación y de las normas que regulan la actividad contractual de la entidad, causado por el personal adscrito al grupo de apoyo de la gestión contractual, encargado de llevar adelante el proceso contractual, que solicite dinero o reciba cualquier beneficio, a cambio de realizar la adjudicación del contrato, por falta de ética y compromiso con la entidad.	**1**	El jefe de la Oficina Asesora Jurídica, realizará seguimiento de forma mensual a la contratación adelantada para satisfacer bienes o servicios de la entidad, utilizando la herramienta Excel denominada SEGUIMIENTO A SECOP Y SIA OBSERVA, verificando que la misma se adelante en la Plataforma Transaccional SECOP II, en su etapa inicial, hasta la adjudicación del contrato o su declaratoria de desierta en los casos que aplique.	**REDUCIR**	(No. Procesos adelantados y/o contratos celebrados en el mes / total de procesos y/o contratos reportados en el mes) * 100% (No de comités de compras realizados al mes /total de comités programados) *100%	El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica, realizará seguimiento de forma mensual a la contratación adelantada para satisfacer bienes o servicios de la entidad, utilizando la herramienta Excel denominada SEGUIMIENTO A SECOP Y SIA OBSERVA, verificando que la misma se adelante en la Plataforma Transaccional SECOP II, en su etapa inicial, hasta la adjudicación del contrato o su declaratoria de desierta en los casos que aplique, realizando un informe cuatrimestral sobre las novedades presentadas. El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica, convocara a reunión del Comité de Compras y contratación, de forma mensual, con el fin de verificar la contratación que se requiere adelantar en el mes actual o el siguiente, si la misma se encuentre ajustada a la necesidad del servicio y el cumplimiento de los requisitos contemplados en el manual de contratación de la E.S.E. ISABU, con el fin de proceder a adelantar el proceso de contratación.	Jefe oficina jurídica	Trimestral (capacitaciones) Mensual (Revisión de contratos)	1-ene-23	15-dic-23	**1.** El área jurídica mediante formato de SEGUIMIENTO A PUBLICACIÓN, APROBACIÓN Y CONTROL EN LAS PLATAFORMAS SECOP II Y SIA OBSERVA CODIGO: JUR-F-023 realizó seguimiento mensual de la contratación en el SECOP y SIA OBSERVA, correspondiente a los meses mayo a agosto de 2023. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento de indicador: (No. Procesos adelantados y/o contratos celebrados en el mes / total de procesos y/o contratos reportados en el mes) * 100% = 326/326*100 = 100%
			2	El Comité de Compras y contratación, se reunirá de forma mensual, con el fin de verificar la contratación que se requiere adelantar en el mes actual o el siguiente, si la misma se encuentre ajustada a la necesidad del servicio y el cumplimiento de los requisitos contemplados en el manual de contratación de la E.S.E. ISABU, con el fin de proceder a adelantar el proceso de contratación.								**2.** Se realizó comité de compras y contratación según actas de los meses mayo a agosto de 2023 en el que se revisó la contratación a celebrar. Medición de cumplimiento de indicador: (No de comités de compras realizados al mes /total de comités programados) *100% =4/4*100

PROCESO GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución	**R8-SICOF**	Posible afectación presupuestal causada por condenas económicas a la entidad, atendiendo la indebida aplicación de la normatividad vigente, que regula los procesos y procedimientos judiciales, o el desconocimiento de la misma, por parte del personal que ejerce la Defensa Judicial de la entidad, al momento de representar los intereses de la E.S.E. ISABU, generando posibles indemnizaciones a la contraparte, con el fin de obtener dadivas o beneficios económicos propios, obrando de mala fe y ocasionando un daño financiero a la entidad.	**1**	El funcionario encargado de la defensa judicial de la entidad realizara capacitación cuatrimestral, sobre la Defensa Judicial, aplicando a los cursos que ofrece la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, con el fin de mantener actualizada la información, frente a la normatividad aplicable y actuaciones que se deben adelantar en los procesos judiciales.	**REDUCIR**	No. De capacitaciones y/o reinducciones realizadas / total de capacitaciones programadas * 100% No. De informes presentados / Total de informes programados en la vigencia.	El funcionario encargado de la defensa judicial de la entidad realizara capacitación cuatrimestral, sobre la Defensa Judicial, aplicando a los cursos que ofrece la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, con el fin de mantener actualizada la información, frente a la normatividad aplicable y actuaciones que se deben adelantar en los procesos judiciales, la cual se acreditará con las certificaciones que aporte. El profesional encargado de la defensa jurídica realizará informes cuatrimestrales de los procesos adelantados para llevar un control de las sentencias condenatorias o absolutorias al jefe de la oficina, dejando copia del informe presentado.	Jefe oficina jurídica	De acuerdo a programación (capacitaciones) Informe de demandas judiciales (cuatrimestral)	1-ene-23	20-dic-23	**1.** Se evidenció capacitación realizada por el abogado externo quien apoya la defensa judicial de la entidad según certificado expedido por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica en "Habilidades de Negociación para la Defensa Jurídica del Estado" de fecha 31/08/2023. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento de indicador: De acuerdo a programación (capacitaciones) 1 - capacitación 100%
			2	El jefe de la Oficina Asesora Jurídica, solicitará al profesional encargado de la Defensa Judicial de la entidad, la presentación de informe cuatrimestral, sobre los procesos judiciales que se adelanten, con el fin de llevar un control sobre las actuaciones y el estado de los procesos.								**2.** Se evidencia informe detallado de fecha 31/08/2023 de los procesos adelantados por la entidad, el informe de procesos judiciales permite conocer el estado actual de los procesos y realizar un seguimiento periódico del mismo. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento de indicador: Informe de demandas judiciales (cuatrimestral) 1 informe 100%

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento total de maquinaria, equipos e insumos a las dependencias y centros de salud, según condiciones contratadas y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad	**R9-SICOF**	Posibilidad de detrimento patrimonial, investigaciones y sanciones disciplinarios, fiscales, penales y administrativos, por entes de control debido a que el talento humano de los servicios y sedes realicen entregas y/o movimientos entre dependencias sin informar al área de inventarios y se genere la pérdida del bien o equipo en la entidad.	**1**	El jefe líder de área o supervisor Realizará auditoria de acuerdo con el cronograma de los activos asignados al personal de planta con el objetivo de comparar los que se encuentran en físico vs archivo en Excel por servicios y sedes de la entidad si se encuentran se realizara informe y se reporta a sub gerencia administrativa.	**REDUCIR**	(Número de activos reales en el inventario físico / número de activos asignados en base de datos) * 100	1. Crear cronograma de auditorías 2. Cumplimiento a cronograma de auditorías 3. la revisión de los inventarios en cada una de las sedes 4. Crear cronograma de revisión de los inventarios 5. Cumplimiento a cronograma de los inventarios	Almacenista general y Profesional de inventarios	De acuerdo a cronograma	1.1/02/2023 2.01/03/2023 3.1/02/2023 4.01/03/2023	1.28/02/2023 2.31/12/2023 3.31/12/2023 4.31/12/2023	**1.** Se realizaron tomas físicas de inventario aleatorio en los centros de salud con el fin de verificar que estos se encuentren en el sitio asignado, según actas correspondientes al segundo cuatrimestre de 2023. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
			2	El personal de inventarios, realizará de manera anual la revisión de los inventarios en cada una de las sedes, para evaluar el cumplimiento en la gestión de los inventarios y de los procedimientos en cuanto a activos fijos (mediante herramienta Excel de inventarios)								**2.** Se evidencia formato de asignación de activos en el cual al momento de realizar la toma física de inventario el soporte que se diligencia es dicho formato el cual es firmado por cada responsable. Medición de cumplimiento de indicador: Número de activos reales en el inventario físico 23.359/número de activos asignados en base de datos23.359* 100 =100%

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento total de maquinaria, equipos e insumos a las dependencias y centros de salud, según condiciones contratadas y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad	**R10-SICOF**	Posibilidad de detrimento patrimonial, investigaciones de procesos disciplinarios, fiscales y administrativos, por entes de control por apropiación indebida por parte del talento humano de los productos de consumo y papelería debido a la falta de auditorías físicas esporádicas por parte del almacenista y profesional de apoyo, donde realice verificación y control del inventario de insumos de consumo y papelería entregados al servicio o sede de la entidad.	**1**	El profesional de Apoyo de almacén se encargará de verificar la cantidad de insumos que existen en el Almacén, para lo cual se realizará mensualmente inventario por parte del mismo y se hará revisión a los despachos por parte del líder de recursos físicos, verificando que las entradas que se realizan al sistema coincidan en cantidades, insumo y precio con la factura física presentada por el proveedor y el cumplimiento de las fechas de recibo y despacho de las solicitudes realizadas por los diferentes centros de salud, llevando el control adecuado del despacho y existencias de los insumos. Como evidencia se realiza un acta y en el caso de que no coincida se dejará por escrito en el acta respectiva y se hará el reporte inmediato a la Subdirección Administrativa para tomar las medidas pertinentes.	**REDUCIR**	Número de auditorías físicas realizadas / Total de Auditorias físicas programadas * 100%	1. Realizar cronograma de auditoria 2.Realizar de auditorías cumpliendo con los tiempos del cronograma por el almacenista general y el profesional de apoyo a los servicios y sedes para la verificación del manejo de los productos de consumo y papelería suministrado para la operación de cada servicio.	Almacenista general y Profesional de inventarios	De acuerdo a cronograma de visitas esporádicas.	1.1/02/2023 2.01/03/2023	1.28/02/2023 2.15/12/2023	**1.** Se evidencia acta de fecha 31/08/2023 con el personal del área de almacén con el fin de revisar el ejercicio realizado durante el segundo cuatrimestre 2023 sobre la custodia, control, administración, y entradas de los insumos de medico quirúrgicos, elementos de protección personal, consumo y medicamentos. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.

			2	El almacenista general realizará esporádicamente chequeos en las áreas de almacenamiento asistenciales, para verificar la rotación de los productos de consumo y papelería.								**2.** Se evidencian actas de fecha: - 14/07/2023 Seguimiento a los inventarios Consulta externa Café Madrid (consumo). - 14/07/2023 Seguimiento a los inventarios Consulta externa Gaitán(consumo). -18/07/2023 en la que se realizó seguimiento a los inventarios de consulta externa Morrorico (consumo) . -04/08/2023 Consulta externa Comuneros (consumo). -10/08/2023 Consulta externa Girardot (consumo). 17/08/2023 Consulta externa Concordia (consumo), de lo evidenciado se generaron las respectivas recomendaciones, acciones de mejora y compromisos. Medición de cumplimiento de indicador: 100% **Observación:** Del seguimiento realizado por la oficina de control interno, se pudo verificar que, si bien no se materializa un riesgo de corrupción, posiblemente con la identificación de diferencias en los chequeos esporádicos realizados por el área de almacén se estaría materializando un riesgo de gestión, esto debido a la falta de descargue de elementos de consumo en el sistema PANACEA por parte del personal asistencial. Ante esto, la oficina de control interno, **recomienda** realizar un análisis de las causas que pueden estar influyendo en la identificación de diferencias en los chequeos que realiza almacén; una vez identificados, se determinen con las áreas responsables, las acciones correctivas.

GESTION DE LAS TICS OBJETIVO: Implementar, soportar, mantener y respaldar el buen funcionamiento de los sistemas de información en cuanto a software y hardware: Así mismo, garantizar el buen funcionamiento de los equipos y evitar la instalación de software no original, por medio del administrador de sistemas, como mecanismo de control de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga.	**R11-SICOF**	Posibilidad de afectación económica por sanciones impuestas por entidades de control por violación (modificación o eliminación) de datos personales debido a la combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital a causa del incumplimiento en la actualización de licenciamientos y actualización de software contrafuegos.	**1**	El profesional del área de TICS realizará seguimiento a la actualización de licencias de firewall y enviará necesidad en el momento que se requiera, al área encargada de contratos para su proceso de contratación de servicio.	**REDUCIR**	(Monitoreos realizados / Total de Monitoreos propuestos) * 100% (Números de intentos de acceso fraudulento controlado / Números de intentos totales de acceso fraudulento) *100%	1. Informe Trimestral de revisión periódica de las alarmas generadas por el software de control de intrusos (Firewall) 2. Informe Trimestral de revisión periódica de alarmas generadas Antivirus.	Líder Gestión de las TICS	Trimestral	1-ene-23	15-dic-23	**1.** En lo que corresponde a la ejecución del control, se evidencia formato de necesidad para la adquisición de nuevo FIREWALL fechado el 15/06/2023, enviado por la subgerente administrativa a la gerencia de la entidad, actualmente se encuentra el proceso de compra en el área jurídica.
			2	El ingeniero de infraestructura informática de ISABU realizará trimestralmente la revisión del reporte que genera automáticamente el Firewall, que nos indica el número de intento de ingresos fraudulentos a nuestro sistema de información durante el periodo consultado, con el fin de validar que todos ellos han sido evitados o eliminados por el firewall. En caso de no haber sido evitados se reportará a control interno y a la jefe a la oficina asesora de planeación mediante comunicación interna con soportes del fallo. Como evidencia se anexará resumen del informe generado por el firewall.								**2.** Se evidencia informe de Firewall y antivirus de 30/06/2023 en el cual el Ingeniero líder de Infraestructura manifiesta que "el seguimiento al funcionamiento del FIREWALL y en el antivirus cumplió al 100% en su indicador positivo de eficacia y la robustez de las medidas de seguridad implementadas en la red hasta la fecha. Esto implica que el FREWALL y el antivirus están funcionando adecuadamente bloqueando amenazas, garantizando la integridad de los datos y protegiendo la red contra intrusiones y ataques maliciosos. Medición de cumplimiento de Indicador: - Se reporta que para la vigencia del 2023 se programaron 4 informes donde se refleje el seguimiento a la configuración y el buen funcionamiento del Firewall tanto de la UIMIST como el del Hospital local del norte. Cada informe con un periodo trimestral. Al corte de junio se Confirma la entrega de 2 informes de los 4 programados, logrando el cumplimento del 50%. **-** Número de intentos de acceso Fraudulentos controlados/Número de intentos totales de acceso fraudulentos) *100 – (2/4) *100% = 50% Para la vigencia del 2023 se programaron 4 informes de monitoreo en total con el software Antivirus, divididos trimestralmente.

GESTION DE LAS TICS OBJETIVO: Implementar, soportar, mantener y respaldar el buen funcionamiento de los sistemas de información en cuanto a software y hardware: Así mismo, garantizar el buen funcionamiento de los equipos y evitar la instalación de software no original, por medio del administrador de sistemas, como mecanismo de control de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga.	**R12-SICOF**	Posibilidad de afectación económica por pérdidas o daños en la infraestructura tecnológica (hardware, redes), debido al incumplimiento en procesos de controles o registros de inventario a los equipos de cómputo y redes.	**1**	El profesional del área de TICS realizará seguimiento a la contratación de empresa para mantenimientos preventivos y enviará necesidad en el momento que se requiera, al área encargada de contratos para su proceso de contratación del servicio.	**REDUCIR**	(Número de Mantenimientos preventivos realizados /Número de mantenimientos preventivos Planeados) +100%	Informe Cuatrimestral de mantenimientos preventivos de equipos de cómputo.	Líder Gestión de las TICS	Cuatrimestral	1-ene-23	15-dic-23	**1.** Se dio continuidad con la contratación del personal para ejecutar el mantenimiento preventivo de los equipos de cómputos de la entidad, para el segundo trimestre se anexó contrato 0828-2023 cuyo objeto es "Prestación de servicios como tecnólogo de apoyo a la gestión en el área de sistemas de la ESE ISABU". Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
			2	La empresa contratada para el mantenimiento preventivo de los equipos de cómputo entregará un informe trimestral donde verificara al momento de realizar los mantenimientos que los equipos estén completos y los relacionará en los listados con número de inventario para validar que no hayan sido robadas partes ni robados los equipos.								**2.** Conforme a cronograma se tienen programados 3 mantenimientos para la vigencia se evidencia primer informe de mantenimiento en el cual se detallan los resultados, logros, conclusiones y recomendaciones; de acuerdo a lo programado se dio cumplimiento con la ejecución del mantenimiento preventivo. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento de Indicador: Para la vigencia del 2023 se programaron 3 mantenimientos preventivos de manera cuatrimestral, de los cuales para el segundo trimestre se completó el primer mantenimiento preventivo programado para el primer cuatrimestre de la vigencia 2023, para el cual se adjunta como evidencia el INFORME – MTO PREVENTIVO # 1 (Informe primer preventivo 2023, Tabla Primer Preventivo, Soportes primer preventivo), con corte a 30 de junio. Cumpliendo con el 100% de equipos intervenidos. Logrando un 33,33% del indicador final proyectado en el plan.

GESTIÓN FINANCIERA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	R13-SICOF	Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial generando Investigaciones y sanciones disciplinarias y penales por organismos de control por deficiencia en los controles para el manejo del dinero depositado en bancos realizado por el Tesorero General por malos manejos con el dinero depositado en las cuentas bancarias tales como retiros no autorizados o autopréstamos	1	El Tesorero genera informe del saldo diario de Bancos en días hábiles, el cual es entregado al Gerente para comprobación de ingresos y pagos realizados el día anterior desde la Tesorería.	**REDUCIR**	Número de consignaciones Bancarias / Movimientos Contables	El Tesorero genera informe del saldo diario de Bancos en días hábiles, el cual es entregado al Gerente para comprobación de ingresos y pagos realizados el día anterior desde la Tesorería. Se realiza mensualmente conciliación de Bancos (Extractos bancarios vs. saldo en Auxiliar de Bancos) para verificar que los movimientos correspondan a los ingresos y giros del mes; en el evento de detectar operaciones irregulares deberá registrarlo en el documento de conciliación bancaria y comunicarlo a la Subgerencia Administrativa, como evidencia se toma el documento de la Conciliación Bancaria. ENTREGABLE: INFORME CON SALDOS DE BANCOS ENTREGADO TESORERO AL GERENTE y ACTA DE CONCILIACION DE BANCOS FIRMADO POR EL CONTADOR Y TESORERO	Tesorero General Contador General	Diario (Tesorero) Mensual (Contador)	1-mar-23	31-dic-23	**1.** Se presentan los informes de bancos en el que se detalla los ingresos y gastos proyectados correspondiente a los meses de mayo a agosto de 2023, el cual es entregado a la gerencia para su revisión. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
			2	Se realiza mensualmente conciliación de Bancos (Extractos bancarios vs. saldo en Auxiliar de Bancos) para verificar que los movimientos correspondan a los ingresos y giros del mes; en el evento de detectar operaciones irregulares deberá registrarlo en el documento de conciliación bancaria y comunicarlo a la Subgerencia Administrativa, como evidencia se toma el documento de la Conciliación Bancaria.								**2.** Se evidencian las conciliaciones realizadas por el contador de los meses abril a julio de 2023. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento del indicador: # Mov. Contables al Reg. Consignación:343 # Consignaciones: 343 Indicador: 100%
GESTIÓN FINANCIERA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	R14-SICOF	Probabilidad de Afectación económica y cancelación el contrato de prestación de servicios del facturador por deficiencia de la periodicidad para el recaudo del dinero de cuotas moderadoras y particulares recibida por los facturadores de la venta de servicios de salud en el cual se genera la apropiación de los recursos para uso personal.	1	El apoyo de tesorería realiza la revisión en el sistema de los cierres de caja de los facturadores, generando el correspondiente recibo para organizar el recorrido de recaudo. Una vez realizado el recorrido el dinero recibido de los facturadores es cotejado con la información del software financiero, en caso de existir sobrante, se lleva como otros ingresos, y si es faltante se reporta al Líder de facturación para que se subsane la inconsistencia.	**REDUCIR**	Número de cierres de caja que cuadra con el recaudo realizado / Total de cierres de caja * 100%	El apoyo de tesorería realiza la revisión en el sistema de los cierres de caja de los facturadores, generando el correspondiente recibo para organizar el recorrido de recaudo. Una vez realizado el recorrido el dinero recibido de los facturadores es cotejado con la información del software financiero, en caso de existir sobrante, se lleva como otros ingresos, y si es faltante se reporta al Líder de facturación para que se subsane la inconsistencia. ENTREGABLE: RELACIÓN DE RECIBOS DE CAJAS EN DONDE COINCIDEN LOS VALORES DE CIERRE DE CAJA Y CONSIGNACIONES DEL EFECTIVO RECAUDADO O SOBRANTE EN CASO DE EXISTIR	Apoyo Tesorería y Mensajero	Dos veces por semana	1-mar-23	31-dic-23	1. Se evidencian actas de recorrido de recaudo efectivo, actas de arqueos de caja, consignaciones cierre Panacea, correos electrónicos efectivos pendientes por recaudar, planillas de recorrido de recaudo, conforme al seguimiento realizado por el proceso una vez recibido el efectivo, se verificaron con los recibos de caja cotejando que los valores fueran los correctos y se realizó la correspondiente consignación. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento del indicador: # Recibos de Caja: 1176 # Cierres de Caja: 1176 Indicador: 100%

GESTIÓN FINANCIERA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	R15-SICOF	Posibilidad de afectación económica por deterioro en los indicadores de liquidez y solvencia de la entidad generando investigaciones y sanciones disciplinarias por organismos de control por la deficiencia en el control de la programación de pagos de cuentas por edades a los proveedores	1	EL apoyo administrativo de Tesorería mensualmente genera a través del software de información financiero el informe correspondiente a cuentas por pagar por edades, el cual es revisado por el Tesorero y presentado el Gerente para la programación de pagos de acuerdo a la disponibilidad de recursos de la entidad. Una vez es revisado por la Gerencia, la Tesorería le envía informe de flujo de caja con la información aprobada por la gerencia para garantizar que los pagos se hagan sin favorecimientos o criterios subjetivos	**REDUCIR**	Número de proveedores programados / Número de proveedores pagados	EL apoyo administrativo de Tesorería mensualmente genera a través del software de información financiero el informe correspondiente a cuentas por pagar por edades, el cual es revisado por el Tesorero y presentado el Gerente para la programación de pagos de acuerdo a la disponibilidad de recursos de la entidad. Una vez es revisado por la Gerencia, la Tesorería le envía informe de flujo de caja con la información aprobada por la gerencia para garantizar que los pagos se hagan sin favorecimientos o criterios subjetivos Tesorero realiza el informe de flujo de caja, el cual contiene los pagos programados y aprobados por parte de la Gerencia de acuerdo a la proyección de ingresos del mes. ENTREGABLE: PLAN DE PAGOS y FLUJO DE CAJA.	Apoyo a Tesorería Tesorero General	Mensual	1-mar-23	31-dic-23	**1.** El apoyo de Tesorería realizó mensualmente el informe correspondiente a cuentas por pagar por edades, el cual fue revisado y presentado por el Tesorero a la Gerencia y a la subgerencia administrativa, la información se consolidó en el informe de Flujo de Caja de los meses mayo a agosto del 2023. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
			2	El Tesorero realiza el informe de flujo de caja, el cual contiene los pagos programados y aprobados por parte de la Gerencia de acuerdo a la proyección de ingresos del mes.								**2.** El apoyo de Tesorería realizó mensualmente el informe correspondiente a cuentas por pagar por edades, el cual fue revisado y presentado por el Tesorero a la Gerencia y a la subgerencia administrativa, la información se consolidó en el informe de Flujo de Caja de los meses mayo a agosto. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento del indicador: # Proveedores Programados: 123 # Proveedores pagados: 114 Indicador: 92% De la medición del indicador informan: "NOTA: Se hace claridad que los pagos programados que no se realizaron obedecieron al incumplimiento en el cargue de información en el SECOP II por parte de Proveedores y Supervisores".

GESTIÓN FINANCIERA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	R16-SICOF	Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial en la radicación extemporánea de la facturación generadas por concepto de venta de servicios de salud, mes a mes por falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas por el personal de facturación, también inconsistencias del sistema de información en la información generada en los reportes.	**1**	El coordinador del proceso de facturación semanalmente debe efectuar muestreo sobre los cargos que se encuentren sin legalizar, y determinar la causal de la no legalización, con el fin de minimizar el riesgo que al cierre del mes se encuentren servicios sin legalizar y sin facturar.	**REDUCIR**	Vr radicado del mes / Vr facturado del mes	El coordinador del proceso de facturación semanalmente debe efectuar muestreo sobre los cargos que se encuentren sin legalizar, y determinar la causal de la no legalización, con el fin de minimizar el riesgo que al cierre del mes se encuentren servicios sin legalizar y sin facturar. El coordinador de facturación realiza verificación del preradicado en el sistema contra las facturas realizadas en el sistema, en caso de inconsistencias realiza observaciones al grupo de cuentas médicas. El grupo de cuentas médicas realiza la revisión de las facturas liquidadas en el sistema Y prerradicadas contra las radicadas entregadas al proceso de Cartera, en caso de inconsistencias se analiza con el proceso de cartera porque se desprerradicaron. ENTREGABLE: MUESTREO SEMANAL DE LOS CARGOS Y ACTAS DE CONCILIACIÓN MENSUALES FACTURACIÓN Y CUENTAS MÉDICAS	Coordinador de facturación	Semanal (muestreo cargos) y Mensual (Conciliación facturación cuentas médicas)	1-mar-23	31-dic-23	**1.** Se realizó revisión de cargos y radicaciones según actas de mayo a agosto de 2023; conforme a seguimiento realizado por el coordinador del proceso de facturación "Para el segundo cuatrimestre se unificó al final del mes acta de cargos concluyendo que la ausencia de los cargos oportunos obedece a daños en la plataforma de la DIAN teniendo en cuenta que cuando sale la factura de la Institución debe ser decepcionada en la DIAN y la EPS con el archivo pertinente XML, en este periodo y a la fecha se presenta dificultades con el CUFE (requisito de la factura electrónica de venta con validación previa a su expedición, constituido por un valor alfanumérico que permite identificar de manera inequívoca la citada factura), esto implica la ausencia de liquidación quedando los cargos pendientes". Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
				El coordinador de facturación realiza verificación del preradicado en el sistema contra las facturas realizadas en el sistema, en caso de inconsistencias realiza observaciones al grupo de cuentas médicas.								**2.** Para este control el coordinador de facturación informa que en lo que respecta a las facturas radicación (cuentas médicas) / facturas realizadas se hacen revisiones permanentes con el equipo de facturación para concluir con una radicación a satisfacción congruente con los RIPS**.** Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
			2	El grupo de cuentas médicas realiza la revisión de las facturas liquidadas en el sistema Y prerradicadas contra las radicadas entregadas al proceso de Cartera, en caso de inconsistencias se analiza con el proceso de cartera porque se desprerradicaron.								**3.** De acuerdo al seguimiento realizado por el coordinador de facturación para el proceso de cuentas médicas se adelantaron reuniones para revisar que lo efectivamente entregado a cartera sea el total de lo facturado en el correspondiente mes, esto ha generado que se tenga la trazabilidad a las facturas y conocer que circunstancias generan la no radicación. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento del indicador: Valor radicado a JULIO: $34,409,509,560 Facturado a JULIO: $37,631,703,636 Indicador =91%

GESTIÓN DOCUMENTAL OBJETIVO: Gestionar el documento con el fin de garantizar su adecuada distribución, conservación y custodia con el propósito de disponer de la información oportunamente.	R17-SICOF	Posibilidad de que el personal de apoyo de archivo reciba dinero o dadivas por intervenir las unidades documentales, Ubicación, Falsificación o destrucción de un Documento a su favor o de terceros	**1**	El Profesional de Gestión Documental, realizara Inducción y Reinducción sobre los requerimientos de Ley General de Archivos implementados en la Institución mediante el procesos y procedimientos de Gestión Documental adelantados en la entidad para fortalecer y actualizar conocimientos a los funcionarios de apoyo, en caso de una vinculación reciente de un funcionario o contratista de acuerdo a la dependencia se programara una Capacitación según tema que corresponda personalizada sobre el tema.	**REDUCIR**	No. de capacitaciones / total de capacitaciones programadas *100 No. de formatos revisados / total de formatos diligenciados *100	Realizar capacitaciones al personal de archivo sobre la norma, la ética y responsabilidad que se debe tener en la gestión de los documentos, para garantizar una adecuada distribución, conservación y custodia. Revisar que se encuentre diligenciado el formato de recepción y envío de comunicaciones oficiales.	Profesional en Gestión Documental	Semestral (capacitaciones) Revisión (mensual)	3-ene-23	30-dic-23	**1.** En el primer cuatrimestre se llevó a cabo capacitación sobre normatividad archivística al personal de gestión documental, según acta del 21/04/2023. Se evidencian formatos de recepción y envió de comunicaciones oficiales diligenciados correspondientes al segundo cuatrimestre del 2023. Se presenta informe donde se verificó en el aplicativo GED-Gestión Electrónica Documental el listado de radicados y se confirmó que los documentos radicados en el software son los registrados mensualmente en el formato de recepción y envío de comunicaciones oficiales. Medición cumplimiento del indicador: - Son dos capacitaciones programadas al año la primera en el mes de abril y la segunda en el mes de septiembre; la primera capacitación se ejecutó en el mes programado, por tal motivo el indicador tiene un cumplimiento programado del 50%. - Mensualmente se registra el formato de recepción y envío de comunicaciones oficiales; se revisaron que los formatos estuvieran diligenciados correctamente, por tal motivo el indicador tiene un cumplimiento programado del 66,66%. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo
GESTIÓN DE CONTROL INTERNO OBJETIVO: Fortalecer el Sistema de Control Interno a través de la verificación selectiva al cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, programas, planes, proyectos, metas de la institución, recomendando los ajustes necesarios producto de la evaluación y seguimiento, valoración de riesgos e incentivando la cultura de autocontrol que a través de la asesoría y acompañamiento le permita a la entidad alcanzar mayor eficiencia administrativa	R18-SICOF	Posibilidad de sanciones fiscales, penales o disciplinarias, en la omisión o modificación intencional de reporte de posibles actos de corrupción e irregularidades administrativas en ejecución del plan anual de auditorías.	**1**	El jefe de Control Interno realizará inducción al equipo auditor de manera anual o cada vez que se realice cambio de equipo auditor, socializando y haciendo entrega a través de correo electrónico de código de ética del auditor, código de integridad institucional y estatuto de auditoría interna de la ESE ISABU, con el fin de concientizar sobre los principios y valores que como auditor debe cumplir. De esto se levantará acta de reunión.	**REDUCIR**	Acta de Reunión	1.El jefe de la oficina de Control Interno realizará acta de reunión de inducción al equipo auditor de manera anual o cada vez que se realice cambio de auditores. 2. El jefe de la oficina de Control Interno enviara al correo de cada uno de los auditores código de ética del auditor, código de integridad institucional y estatuto de auditoría interna de la ESE ISABU	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Semestral (capacitaciones) .	1.enero 2023 2.enero 2023 3.febrero 2023 4.febrero 2023	1.diciembre 2023 2.febrero 2023 3. marzo 2023 4.diciembre 2023	**1.** La jefe de control interno debido al ingreso de un nuevo profesional al equipo auditor de control interno, realizó inducción en grupo primario según acta de fecha 07/07/2023 y 03/08/2023 igualmente con el fin de concientizar sobre los principios y valores que como auditor debe cumplir en el ejercicio de sus actividades en el marco del Plan Anual de Auditorias se envió del código de ética del auditor, código de integridad institucional y estatuto de auditoría interna de la ESE ISABU al equipo auditoría a través de correo electrónico de fecha 09/08/2023 .

				2	El jefe de Control Interno entregara y garantizara la lectura y firma del documento denominado “compromiso ético” al inicio de cada una de las auditorias en cumplimiento del plan anual de auditorías.			3. El jefe de la oficina de Control Interno revisará el formato de compromiso ético y lo actualizará de ser necesario. 4. se realizará entrega del documento compromiso ético y se firmará por cada uno de los auditores, al inicio de cada una de las auditorias en cumplimiento del plan anual de auditorías.					**2.** Conforme a la ejecución del plan anual de auditorías en el segundo cuatrimestre se llevaron a cabo (2) auditorias: auditoria Gestión TICS Y Auditoria Radiología en las cuales se diligenciaron por el equipo auditoria el documento denominado "compromiso ético". Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición cumplimiento del indicador: 100%

GESTIÓN CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO OBJETIVO: Realizar la investigación disciplinaria correspondiente a fin de establecer la responsabilidad de los Servidores Públicos del Instituto de Salud de Bucaramanga ISABU E.S.E. que incurran en conductas o comportamientos incluidos en el Código Único Disciplinario y conlleven al incumplimiento de deberes y todas las demás que se encuentran inmersas en el marco de la Ley 734 del 2002.	R19-SICOF	Posible afectación por conflicto de intereses generados entre los funcionarios encargados de adelantar procesos disciplinarios, omitiendo su deber de investigar y/o sancionar, al personal de la entidad que cometa falta disciplinaria, incurriendo en la manifestación de lazos afectivos, extralimitación de sus funciones y obtención de beneficios económicos, por dilatar o entorpecer los procedimientos de la entidad, generando una posible caducidad o prescripción de la acción disciplinaria.	1	El jefe de la Oficina Asesora Jurídica realizará actualización de los procesos y/o procedimientos correspondientes al Control Disciplinario Interno de la Entidad, con el fin de definir las actuaciones que se deben realizar ante la radicación de quejas de tipo disciplinario, conforme a la normatividad vigente.	**REDUCIR**	(No de procesos o procedimientos a actualizar / No de procesos y procedimientos actualizados) *100 (No de quejas presentadas / No de quejas reportadas en el control) *100	El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica realizará actualización de los procesos y/o procedimientos correspondiente al Control Disciplinario Interno de la Entidad, con el fin de definir las actuaciones que se deben realizar ante la radicación de quejas de tipo disciplinario, conforme a la normatividad vigente. El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica, llevará control frente a las quejas presentadas descritas en libro de radicación digital y las actuaciones adelantadas en los procesos disciplinarios, con el fin de mantener un orden y estadística sobre el número de quejas presentadas por mes.	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Semestral (capacitaciones) Radicación y Comunicación a Personería y Procuraduría cada vez que se presente.	1-feb-23	31-dic-23	**1.** Debido a los diferentes cambios normativos se encuentra en reestructuración el proceso para que los procedimientos sean ajustados igualmente a la entidad. **Observación:** No se reporta medición cumplimiento del indicador, ya que la actividad aún no se ha realizado.
			2	El jefe de la Oficina Asesora Jurídica, llevará control frente a las quejas presentadas descritas en libro de radicación digital y las actuaciones adelantadas en los procesos disciplinarios, con el fin de mantener un orden y estadística sobre el número de quejas presentadas por mes.									**2.** Se evidencia que se lleva plantilla en Excel de radicador con procesos disciplinarios de la entidad en el cual se detalla: Radicado, disciplinado, quejoso, fecha de la queja, hechos investigados, fecha de los hechos y estado del proceso; lo cual permite mantener un orden y control de los procesos disciplinarios. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición cumplimiento del indicador: 100%

PROCESO GESTION APOYO TERAPÉUTICO / OBJETIVO: Garantizar los servicios oportunos de farmacia y rehabilitación relacionados con medicamentos, dispositivos médicos y tratamientos terapéuticos empleados en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y garantizar la seguridad de los usuarios de la Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.	R20-SICOF	Posibilidad de afectación económica por hurto o perdida de medicamentos con alto valor comercial en el servicio farmacéutico derivados de Falta de principios y valores institucionales de los funcionarios del servicio farmacéutico	**1**	El coordinador del servicio farmacéutico realiza revisiones periódicas de existencias de productos clasificados como de alto valor comercial utilizando el formato conteos aleatorios.	**REDUCIR**	(Número de medicamentos y dispositivos médicos de alto valor comercial en físico/Número de medicamentos y dispositivos médicos de alto valor comercial en el sistema) *100	1. Realizar capacitación del procedimiento estandarizado de entrega de turno en el primer semestre del año 2023, evidenciado mediante acta de capacitación con evaluación. 2. Realizar dos capacitaciones en el año de sensibilización sobre el uso apropiado de los recursos públicos 3. Realizar la entrega de turno por parte de los regentes y/o servicios farmacéuticos alimentando el formato medicamentos y dispositivos médicos de alto valor comercial, en los casos de diferencias entre los productos el regente y/o auxiliar debe reportar el coordinador de servicio farmacéutico para que se realice las acciones pertinentes ante área jurídico y supervisor del contrato.	Personal servicio farmacéutico unidades hospitalarias Coordinar servicio farmacéutico	Diaria	1. marzo 2023 2.marzo 2023 3. marzo 2023	1. junio 2023 2.diciembre 2023 3.diciembre 2023	**1.** Se evidencia control con la aplicación del formato de entrega de turno medicamentos y dispositivos médicos alto valor comercial de los meses mayo a agosto UMIST y HLN, el cual detalla el medicamento/dispositivo médico, turnos día o noche, en sistema, en físico y la firma de los responsables. Se presenta informe del coordinador de farmacia en el que detalla que durante el cuatrimestre se realizó seguimiento a los medicamentos y dispositivos médicos con alto valor comercial en los servicios farmacéuticos de las unidades hospitalarias HLN y UIMIST, verificando el diligenciamiento del formato estipulado para la entrega de turno y revisión aleatoria de dichos productos, en el que se concluye que la entrega de turno y la verificación de existencias físicas vs sistema de los medicamentos y dispositivos médicos de alto valor comercial ha permitido ejercer un control efectivo sobre esos inventarios. Se evidenció capacitación en sensibilización sobre el uso de los recursos públicos a todo el personal de farmacia, acta de fecha 24/06/2023 Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
			2	El personal del servicio farmacéutico hospitalario en cada cambio de turno diligencia y hace entrega del formato existencias de medicamentos y dispositivos médicos de alto valor comercial con el objetivo de evidenciar si existen diferencias del sistema Vs Físico.								**2.** Se evidencia control con la aplicación del formato de entrega de turno medicamentos y dispositivos médicos alto valor comercial de los meses mayo a agosto UMIST y HLN, el cual detalla el medicamento/dispositivo médico, turnos día o noche, en sistema, en físico y la firma de los responsables. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición cumplimiento del indicador: 100%.

PROCESO DE APOYO DIAGNÓTICO OBJETIVO: Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Rx, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.	R21-SICOF	Posibilidad de afectación económica por hurto o perdida de insumos, suministros, equipos biomédicos por Falta de pertenencia con los recursos de la institución, Intereses económicos y/o personales, falta de mecanismos para controlar el uso de insumos o dispositivos de alto costo.	**1**	El coordinador del laboratorio clínico realiza seguimiento mensual a través de la herramienta (matriz Excel) a la ejecución de contratos de insumos, si encuentra alguna inconsistencia realizará informe el cual será remitido mediante correo electrónico a la oficina de almacén y la oficina asesora jurídica.	**REDUCIR**	(Total de informe con desviaciones/total de informes de existencia de bodega) *100%	1.codificación de matriz de Excel de seguimiento a ejecución de contratos 2. Realizar de manera mensual la supervisión de los pedidos de insumos hechos por el personal al área de almacén y la pertinencia en la solicitud de los suministros. 3.presentar informe cuando se presente alguna inconsistencia en el seguimiento de la ejecución de los contratos 4.Generar informe sobre las existencias en bodega 5. Generar acta de reunión con plan de mejoramiento cundo se presenten desviaciones	Coordinador laboratorio Clínico	1.mensual	1.febreo 2023 2.marzo 2023	1.febrero 2023 2. noviembre 2023	**1.** Se evidencia matriz en Excel en la cual se realizó seguimiento de la ejecución del contrato 0451 de 2023 ANNAR DIAGNÓSTICA, contrato 0450 de 2023 BECTON DICKENSON, contrato 0559 de 2023 COHOSAN, contrato 0558 de 2023 DISGLOBAL, contrato 0561 de 2023. Este control facilita el seguimiento del presupuesto de cada uno de los contratos ayudando a establecer correctivos a tiempo. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo.
			2	El coordinador del laboratorio clínico y su equipo de trabajo realiza cruce de información de insumos de bodega (matriz de Excel) vs formato de inicio y terminación de insumos y reactivos del laboratorio clínico, generando informe sobre las existencias en bodega, si encuentran alguna desviación se analizará al interior del grupo de trabajando elaborando un plan de acción.								**2.** Se presenta informe de supervisión de insumos de laboratorio clínico segundo cuatrimestre 2023, se realiza seguimiento a cada uno de los contratos que se tiene establecido para el suministro de insumos de laboratorio clínico con cada una de las casas comerciales, se lleva un registro de los insumos que ingresan al almacén, el valor de la factura y el saldo pendiente por ejecutar en cada uno de los contratos así como el consumo por secciones de los insumos. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento del indicador: Para el segundo cuatrimestre el indicador de inconsistencias fue de cero, ya que no se presentaron inconsistencias en el proceso.

PROCESO ATENCION AMBULATORIA Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición), Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.	R22-SICOF	Posibilidad de afectación económica por Uso inadecuado o hurto de los recursos disponibles para la prestación del servicio (Insumos, suministros, equipos biomédicos) derivado de falta de pertenencia con los recursos de la institución, Intereses económicos y/o personales, falta de mecanismos que alerten al momento de la extracción de insumos o dispositivos de alto costo y fácil de manipular en el área de consulta externa	**1**	El Líder de consulta externa de las unidades hospitalarias y el líder de la unidad intermedia materno infantil santa teresita realiza sensibilización al personal sobre el uso apropiado de los recursos públicos.	**REDUCIR**	Número total de actividades para la sensibilización sobre el uso apropiado de los recursos públicos/Número total de actividades de sensibilización programadas Meta: 100% Número total de inconsistencias encontradas en los diferentes registros de control Meta: 0	1.Realizar capacitación de sensibilización sobre el uso apropiado de los recursos públicos en el mes de Marzo y Junio , debe realizarse un acta de capacitación con evaluación pre y pos test , debe remitirse al siguiente día hábil posterior a la capacitación 2.Realizar de manera mensual la supervisión de los pedidos de insumos y dispositivos , hechos por el personal al área de almacén y la pertinencia en la solicitud de los suministros, el Líder de consulta externa de las unidades hospitalarias y el líder de la unidad intermedia materno infantil santa teresita debe presentar un informe los 3 primeros días hábiles una vez finalizado el mes, donde se incluye el indicador de medición.	El Líder de consulta externa de las unidades hospitalarias y el líder de la unidad intermedia materno infantil santa	1. Dos veces al año 2.Mensual	1. marzo 2023 2. marzo 2023	1. junio 2023 2. diciembre 2023	**1.** Se evidencia acta del 21/07/2023 en el que se llevó a cabo sensibilización al personal de urgencias y hospitalización de la UIMIST, sobre el uso apropiado de los recursos públicos dirigido a todo el personal de urgencias hospitalización. Se evidencia cumplimiento con el control establecido para evitar la materialización del riesgo. Medición de cumplimiento del indicador: INDICADOR 1: S. realizadas 2 S. programadas 3 Se da cumplimiento al 63% al indicador de lo programado anual, en las unidades hospitalarias.
			2	El Líder de consulta externa de las unidades hospitalarias y el líder de la unidad intermedia materno infantil santa Teresita realiza seguimiento, mediante la revisión mensual de los registros de control de insumos o dispositivos de alto costos y suministros fácil de manipular en el laboratorio clínico								**2.** Se realizó seguimiento a través de plantilla en Excel correspondiente a los meses mayo a agosto de 2023, según soportes anexados. INDICADOR 2: El número total de inconsistencias encontradas es igual a 0, se evidencia en la lista de chequeo, comparado con las existencias en el servicio de consulta externa especializada de HLN y UIMIST