 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

1300-39.01
CI- 077

Bucaramanga, 14 de mayo de 2021

Señores
E.S.E. ISABU
Atte. Dr. GERMAN JESUS GOMEZ LIZARAZO
Gerente
Atte. Dr. HERNAN ALONSO DELGADO CENTENO
Jefe Oficina Asesora de Planeación
Bucaramanga

Firma _____
Radicado: **00001635**
Enviado: 14/05/2021 - 4:41 p.m.
abenitez
ESE ISABU



ASUNTO: Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Mapa de riesgos de corrupción I cuatrimestre vigencia 2021


Cordial saludo:

Comedidamente me permito presentar informe de seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) – Mapa de Riesgos de Corrupción, correspondiente al periodo comprendido 01 de enero al 30 de abril de 2021, al cual se realizó revisión a cada uno de sus componentes en cumplimiento de las acciones para la mitigación del riesgo de corrupción, conforme lo dispuesto por la Ley 1474 de 2011.

Agradezco su atención.

CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

P/E: Vianey González Gamarra
Profesional de apoyo Control Interno

 NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		FECHA	30/07/2020
			VERSION	2.0

INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN I CUATRIMESTRE VIGENCIA 2021

OBJETIVO

Realizar seguimiento a las actividades establecidas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC – Mapa de Riesgos de Corrupción, correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2021, de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.

ALCANCE

El alcance del presente seguimiento corresponde a la verificación de las actividades establecidas, con fecha de cumplimiento dentro del periodo comprendido 01 de enero al 30 de abril de 2021 en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - Mapa de Riesgos de Corrupción de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.

NORMATIVIDAD

- 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".
- 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”.


RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano está integrado por cinco (5) componentes:

1. Gestión del riesgo de corrupción - mapa de riesgos de corrupción
2. Racionalización de trámites
3. Rendición de cuentas
4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información.

Se realizó seguimiento, verificando los soportes allegados de las metas planteadas con fecha de cumplimiento a 30 de abril de 2021, emitiendo las respectivas observaciones. Realizado el seguimiento se reportó cumplimiento a las actividades programadas en el primer cuatrimestre de la vigencia 2021, por los responsables del proceso.

 NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		FECHA	30/07/2020
			VERSION	2.0

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION

Respecto al mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2021, se dio aplicación a la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, emitida por el DAFP en diciembre de 2020, evaluándose para los riesgos, la causa, controles, responsables, periodicidad de los controles, evidencias de los controles.

Se realizó seguimiento a un total de treinta (30) riesgos con sesenta (60) controles, de los cuales se evidenció su cumplimiento, sin embargo, al enviar los soportes se debe tener en cuenta la descripción del control y el plan de acción a realizar, los cuales están definidos en el mapa de riesgos de corrupción, esto con el fin de que sea mejor su evaluación.

La plantilla diseñada para los mapas de riesgos, define un ítem correspondiente al indicador, estos se deben evaluar por el líder del proceso, en lo que corresponde al cuatrimestre evaluado, se evidenció en algunos procesos la utilización del formato de indicadores y en otros casos no se reportaron.

RECOMENDACIONES

- Con el fin de mejorar el proceso de seguimiento de los mapas de riesgos de corrupción, se recomienda tener en cuenta para el envío de evidencias la descripción del control y el plan de acción a realizar, los cuales están definidos en el mapa de riesgos de corrupción, esto con el fin de que sea mejor su evaluación.
- El ítem correspondiente al indicador, debe ser evaluado y reportado por el líder del proceso.
- Se recomienda cumplir con la periodicidad de las actividades establecidas en el del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - Mapa de riesgos de corrupción.

Atentamente,



CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
 Jefe Oficina de Gestión y Control Interno



VIANEY GONZALEZ GAMARRA
 Profesional de Apoyo Control Interno

Anexos plantilla de seguimiento:

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

Seguimiento I Oficina Control Interno						
Fecha seguimiento: 30/04/2021						
Fecha de Publicación: 14/05/2021				Vigencia: 2021		
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 Actualizar la Política de Gestión de Riesgos de acuerdo con nueva guía de la función pública.	Página WEB, correos electrónicos, carteleras de la E.S.E ISABU	Planeación	31/03/2021	100%	la Entidad a través de la resolución 0199 del 30/03/2021, "Por la cual se actualiza y adopta la política institucional para la administración del riesgo de la E.S.E ISABU y se deroga el artículo 3 de la Resolución 0236 del 07 de junio de 2019", esta actualización se llevó a cabo de acuerdo a los lineamientos impartidos por el DAFP en la nueva guía de administración del riesgo versión 5 de diciembre de 2020, la política permite el manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.
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 Proceso	29/01/2021	100%	La oficina Asesora de Planeación elaboró cronograma de trabajo para el acompañamiento y elaboración del mapa de riesgos de corrupción vigencia 2021 con los líderes de procesos, se llevó a cabo la actualización y consolidación del PAAC-MRC y se publicó en la página web institucional.
	2.2 Consolidar la matriz de riesgos de corrupción	Matriz de Riesgos de corrupción consolidada	Planeación	30/01/2021	100%	Con cada uno de los líderes de proceso se elaboró el mapa de riesgos de corrupción y se consolidó la Matriz de Riesgos de corrupción incluida en el PAAC vigencia 2021, documento publicado en la página WEB institucional oportunamente dando cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1474 de 2011.
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 la comunidad	SIAU-Planeación	19/01/2021	100%	Se elaboró encuesta de participación ciudadana para la construcción de los riesgos de corrupción vigencia 2021, los resultados de la consulta fueron consolidados arrojando una participación de 44 encuestados y 38 de los encuestados respondieron que no conocen casos de corrupción que se haya presentado en la E.S.E ISABU, permitiendo así la transparencia, el fortalecimiento y mejora de la gestión institucional.
	3.2 Publicar en la pagina web la matriz de riesgos de corrupción	Matriz de riesgos de corrupción publicada	Planeación	31/01/2021	100%	Con cada uno de los líderes de proceso se elaboró el mapa de riesgos de corrupción y se consolidó la Matriz de Riesgos de corrupción incluida en el PAAC vigencia 2021, documento publicado en la página WEB institucional oportunamente dando cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1474 de 2011.
	3.3 Publicar informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción publicado	Oficina de control interno	14/05/2021 14/09/2021 17/01/2022	33.33%	La oficina de Gestión y Control Interno, realizó seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2021, generando el respectivo informe y su publicación se realizará dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo de 2021, en cumplimiento con la Ley 1474 de 2011.
Subcomponente /proceso 4 Monitoreo o revisión	4.1 Aportar los registros o evidencias del plan de tratamiento para la implementación de nuevos controles para la mitigación de riesgos de corrupción.	Registros o evidencias para la mitigación de riesgos de corrupción.	Lideres de Proceso	07/05/2021 07/09/2021 07/01/2022	33.33%	La oficina de control interno mediante oficio con número de radicado 1471 del 29/04/ 2021, realizó Solicitud de Avances al Mapa de Riesgos de Corrupción – Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC I cuatrimestre vigencia 2021, evidencias que fueron remitidas por cada uno de los líderes de procesos, permitiendo así realizar el respectivo análisis de mitigación del riesgo.
	4.2 Calcular y reportar indicador de riesgo	Indicador de riesgo reportado	Control interno	20/05/2021 20/09/2021 30/12/2021	33.33%	Se dió cumplimiento al seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo por parte de la oficina de control interno, a través de ficha de indicador de riesgo, en correspondiente al primer cuatrimestre vigencia 2021.
Subcomponente/ proceso 5 Seguimiento	5.1. Verificar evidencias de la gestión de riesgos de corrupción	Evidencias confirmadas	Control interno	14/05/2021 14/09/2021 17/01/2022	33.33%	La oficina de Gestión y Control Interno realizó seguimiento al mapa de riesgos de Corrupción correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2021, llevandose a cabo la verificación de las evidencias enviadas por cada uno de los líderes de procesos, y se consolidaron los resultados en el informe de seguimiento al PAAC-MRC primer cuatrimestre vigencia 2021.

proceso y seguimiento	5.2.	Elaborar informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción elaborado	control interno	14/05/2021 14/09/2021 17/01/2022	33.33%	La oficina de Gestión y Control Interno, realizó seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2021, generando el respectivo informe y su publicación se realizará dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo de 2021, en cumplimiento con la Ley 1474 de 2011.
-----------------------	------	---	--	-----------------	--	--------	--

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Seguimiento I Oficina Control Interno

Fecha seguimiento: 30/04/2021

Fecha de Publicación: 14/05/2021 Vigencia: 2021

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 Asignación de cita para la prestación del servicio de salud	Se implementará entrega de Call center para facilitar vía telefónica la asignación de citas.	Planeación	31/12/2021	100%	Se evidenció contrato no. 1127 del 2020, cuyo objeto es "compraventa de periféricos e implementación de un sistema call center para la E.S.E ISABU", se realizó entrega de call center en funcionamiento según acta de fecha 24/12/2020, igualmente se evidencia acta de liquidación del contrato e informes de funcionamiento del call center de fecha 27/04/2021.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Seguimiento I Oficina Control Interno

Fecha seguimiento: 30/04/2021

Fecha de Publicación: 14/05/2021 Vigencia: 2021

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 que lidere el proceso de rendición de cuentas	Equipo multidisciplinario conformado	Planeación	10/02/2021	100%	Se realizaron mesas de trabajo dirigidas por la oficina asesora de planeación con el fin de establecer la organización, metodología a realizar y responsables para la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, según actas de fecha febrero 6 y 9 de 2021. el grupo de apoyo de rendición de cuentas E,S,E ISABU se conformó por: Jefe oficina asesora de planeación, área de comunicaciones, área de sistemas, subdirección científica, subdirección administrativa, control interno, atención al usuario, oficina jurídica, oficina de calidad y talento humano.
	1.2 Identificar necesidades de información y valorar información actual	Encuesta aplicada a la ciudadanía para rendir cuentas en temas prioritarios	SIAU	19/02/2021	100%	Se realizó publicación a través de facebook de invitación a la ciudadanía para realizar propuestas de temas en la Audiencia Pública de rendición de cuentas.
	1.3 Ajustar líneas de acción para fortalecer estrategias de acceso a información de calidad y en lenguaje comprensible	Líneas de acción para rendición de cuentas socializadas y publicadas	SIAU - Planeación - Talento humano	19/02/2021	100%	Se llevó a cabo actualización de la base de datos de la alianza de usuarios, igualmente se realizó publicación en pagina web de la estrategia APRdC, Reglamento APRdC, Lugar y hora de realización, plan de medios, lo que permitió que el proceso fuera visible ante la comunidad.
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1 Diseñar y socializar el plan de rendición pública de cuentas con sus respectivos cronogramas, metas y componentes en el 2021	Plan de rendición de cuentas socializado	Equipo Multidisciplinario Rendición de Cuentas	19/02/2021	100%	La oficina Asesora de Planeación realizó socialización a través de google meet a los líderes de procesos, en el cual se presentó la metodología, cronograma para la realización de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2020.
	2.2 Definir capacidad operativa y disponibilidad de recursos	Logística definida	Planeación - Financiera	19/02/2021	100%	Debido a la emergencia por el Covid 19, la audiencia pública de rendición de cuentas de la vigencia 2020, se llevó a cabo de manera virtual, con el apoyo de la alcaldía de Bucaramanga no generando ningún costo.
	2.3 Desarrollar acciones para promover y realizar el dialogo con organizaciones ciudadanos y ciudadanía.	Estrategias para promover el dialogo de doble vía	SIAU	19/02/2021	100%	Como estrategia para promover el dialogo, se realizaron reuniones a traves de whatsapp, con la Alianza de usuarios, con el fin de socializar la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, igualmente utilizando los medios tecnologicos a través de facebook, página web institucional, se llevó a cabo la socialización para la participación de los servidores de la E.S.E ISABU y la comunidad en general. en la audiencia pública de rendición de cuentas.

Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1	Realizar estrategias 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	Efectuar una reunión de rendición de cuentas con énfasis en gestión que ha beneficiado a los funcionarios públicos (previa a la Rendición de Cuentas) dirigida al personal de La ESE ISABU	SIAU Planeación Comunicaciones	26/02/2021	100%	Debido a la emergencia por el Covid 19, la socialización para la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas se realizó al personal de la E.S.E ISABU a través de google meet, whatsApp, correos electrónicos y se realizó publicación en carteleras en los centros de salud.
	3.2	Convocar a todas las partes interesadas para contar con su participación en la Audiencia Pública de Rendición de cuentas	Convocatoria realizada	Planeación	24/02/2021	100%	Se convocó a todas las partes interesadas a la rendición de la audiencia pública de rendición de cuentas, enviándose invitaciones a la alcaldía de Bucaramanga, universidades, Alianza de Usuarios, EPS, con el fin de dar a conocer los resultados de la gestión realizada por la E.S.E ISABU. Igualmente se divulgó invitación a través de página WEB Institucional y Facebook.
	3.3	Socializar y visibilizar la información	Estrategia de comunicación del ISABU	Planeación	24/02/2021	100%	Se evidenció publicación de invitación a la rendición de cuentas vigencia 2020 en la Página web institucional, boletines informativos, facebook, carteleras en los centros de salud, a funcionarios a través de grupos de WhatsApp, garantizando la transparencia en el proceso.
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1	Realizar seguimiento a metas de rendición de cuentas	lista de chequeo y cronograma	Planeación	09/04/2021 15/10/2021	50%	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. Igualmente, la Oficina Asesora de Planeación estructuró dentro de la etapa de alistamiento institucional el respectivo cronograma, plan de medios, surtiéndose la rendición de cuentas en la fecha estipulada (25/03/2021), de acuerdo a las observaciones realizadas por la oficina de control interno en el informe de evaluación a la rendición de cuentas se presentó plan de mejoramiento por parte de la oficina de planeación con fecha de cumplimiento 30 de junio de 2021
	4.2	Realizar evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional	Informe de evaluación del plan de gestión gerencial	Planeación	28/05/2021	100%	La oficina de control interno, llevó a cabo el informe de evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2020, en el cual se concluyó de manera general que ésta cumplió con todos los lineamientos normativos para su realización y se llevó a cabo con éxito.
	4.3	Elaborar informe de resultados, logros y dificultades	Informe de resultados, logros y dificultades	Planeación	28/05/2021	100%	Se realizó informe de rendición de cuentas vigencia 2020, el cual se publicó en la página web institucional, para conocimiento de la comunidad.
	4.4	Diseñar planes de mejoramiento de rendición de cuentas	Plan de mejoramiento de la estrategia de rendición de cuentas	Planeación	30/04/2021	100%	De acuerdo a observación realizada en el informe de evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2020, presentado por la oficina de control interno, se elaboró por parte de la oficina asesora de planeación plan de mejoramiento, el cual permitirá dar cumplimiento estricto a lo planeado.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano						
Seguimiento I Oficina Control Interno						
Fecha seguimiento: 30/04/2021						
Fecha de Publicación: 14/05/2021				Vigencia: 2021		
Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención al Ciudadano						
Subcomponente	Actividades Programadas	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	% de avance	Observaciones
1.1	Dar cumplimiento al procedimiento de Atención al Usuario en la ESE ISABU	Reporte de la ejecución del procedimiento	SIAU	30/04/2021	100%	Se encuentran actualizados los procedimientos: P-3700-02 atención al usuario PQRSF, P-3700-03 procedimiento de satisfacción del usuario.
1.2	Analizar el estado actual del servicio al ciudadano que presta la entidad	identificar oportunidades de mejora para definir acciones que permitan mejorar la situación actual	Jurídica- SIAU	30/04/2021	100%	Se presenta informe SIAU correspondiente al primer trimestre de la vigencia de 2021, en el cual se detalla las pqr, tablero de indicadores tiempo de respuesta a pqr, seguimiento a pqr y plan de mejora, lo cual permite analizar la prestación del servicio.

Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.3	Medir a través de indicadores los tiempos de atención al usuario	Indicador Tiempo de atención usuario medido	SIAU	17/04/2021 10/08/2021 10/12/2021	33,33%	Mensualmente se evaluó la satisfacción de los usuarios a través de la encuesta institucional, la cual se aplicó de manera virtual en cada una de las unidades operativas abiertas, evaluando uno a uno los servicios identificando las oportunidades de mejora continua, se consolidó informe PQRS SIAU correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2021.
	1.4	Realizar encuestas de percepción a ciudadanos y servidores públicos respecto a la calidad del servicio	informe de resultados consolidados de la encuesta	SIAU	17/04/2021 10/08/2021 10/12/2021	33,33%	Mensualmente se evaluó la satisfacción de los usuarios a través de la encuesta institucional, la cual se aplicó de manera virtual en cada una de las unidades operativas abiertas, evaluando uno a uno los servicios identificando las oportunidades de mejora continua, se consolidó informe PQRS SIAU correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2021.
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	2.2	Continuar implementando en la página web de La ESE ISABU, el link para radicación de PQRS	Link radicación de PQRS funcionando	Planeación comunicaciones	17/04/2021 10/08/2021 10/12/2021	33,33%	Realizado el seguimiento por la Oficina de Gestión y Control Interno, se evidenció en página web de la entidad la implementación y funcionamiento del Link para PQRS. Link contactenos-pqrsf. Contáctenos PQRSF – Isabu http://www.isabu.gov.co/isabu/contactenos-pqrsf/
	2.3	Mantener los canales de atención y participación ciudadana presencial, de la página Web, anuncios publicitarios y carteleras institucionales	Realizar socializaciones en pagina WEB de los Canales de comunicación disponibles	Planeación TICS SIAU	30/03/2021 30/07/2021 30/11/2021	33,33%	En la página web, se evidencian los canales de comunicación con los que cuenta la ESE ISABU, los cuales la oficina de comunicaciones, mantiene actualizadas las diferentes plataformas como son redes sociales y pág. Web; con información enviada desde otras Áreas de la institución para exponer los servicios prestados y mejoras realizadas, promoviendo las diferentes campañas de vacunación, en especial el gran despliegue para la vacunación COVID 19.
	2.4	Garantizar al usuario la atención de las PQRS, según los tiempos establecidos por la Ley.	Informe PQRS atendidas en el tiempo establecido	SIAU	20/04/2021 20/08/2021 20/12/2021	33,33%	Se presentó informe SIAU correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2021, en el cual se clasificaron, tramitaron, gestionaron y respondieron un total de 125 PQRSF en el trimestre, dando respuesta de acuerdo a la normatividad establecida.
	2.5	Desarrollar campaña de comunicación interna de la entidad y actividades que promuevan la divulgación y utilización de los protocolos de servicios entre los colaboradores del ISABU	Campaña de comunicación interna de la entidad y actividades que promuevan la divulgación de protocolos	Planeación Calidad Procesos Misionales SIAU	29/05/2021 30/10/2021	0%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.
	2.6	Medir el 100% de los tipos de petición que generan trámite en la entidad con un indicador de oportunidad en la atención.	Seguimiento al 100% de los tipos de petición que generan trámite en la entidad.	SIAU	29/05/2021 30/10/2021	0%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.
	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	30/04/2021	100%
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 socializado	Talento Humano SIAU	04/06/2021	0%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.
3.3		Incluir dentro de los planes de bienestar e incentivos de los colaboradores del 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 2021	Talento Humano	20/04/2021	100%	Se evidencia Plan de Bienestar social laboral e incentivos adoptado mediante resolución 0049 del 29 de enero de 2021, el cual se encuentra publicado en la página web institucional.
	4.1	Asegurar que el Procedimiento de Petición, Quejas y Reclamos se mantiene actualizado con la normatividad legal y nuevos lineamientos de la entidad.	Procedimiento de Peticiones, Quejas y Reclamos actualizado si se presentan cambios en la normatividad.	SIAU Jurídica	28/04/2021	100%	Se encuentran actualizados los procedimientos: P-3700-02 atención al usuario PQRSF, P-3700-03 procedimiento de satisfacción del usuario.

Subcomponente 4 Normativo y procedimental	4.2	Incluir análisis cualitativo en los informes de PQRSD del ISABU, identificando oportunidades de mejora en la prestación del servicio	Boletines periodicos de PQRSD publicados con las oportunidades de mejora en la prestación del servicio	SIAU	17/04/2021 10/07/2021 10/11/2021	33,33%	Se realizan informes trimestrales por parte del proceso de gestión atención al usuario, se evidencia informe de PQRSD primer trimestre vigencia 2021, en el que donde se identificaron las PQRSD, y las oportunidades de mejora para la prestación del servicio de la ESE ISABU.
	4.3	Socializar 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	Avisos de privacidad de la información socializados en los diferentes canales que la entidad dispone para la atención al ciudadano	Gestion de las TICS	17/04/2021 10/07/2021 10/11/2021	33,33%	Dando cumplimiento al compromiso de protección de datos personales y garantizando el derecho al usuario, se socializó la política de tratamiento de datos personales actualizada en la página Web, y los diferentes avisos de privacidad de la información. http://www.isabu.gov.co/isabu/wp-content/uploads/2020/12/Res_Politica_proteccion-Datos_personales_0406.pdf
	4.4	Seguimiento a funcionamiento de carteleras virtuales implementadas en los centros de salud para garantizar la difusión de los contenidos relacionados con derechos y deberes de los ciudadanos, requisitos de trámites, horarios y canales de atención.	Evidenciar funcionamiento de Carteleras virtuales en cada uno de los centros de salud y cumplimiento de difusión información con contenidos relacionados con derechos y deberes de los ciudadanos, requisitos de trámites, horarios y canales de atención.	Gestión de las TICS Area de comunicaciones	17/04/2021 10/07/2021 10/11/2021	33,33%	Se presentó informe de carteleras digitales, en el cual se relacionan la ubicación y el estado en que estas se encuentran, se relacionan dieciseis (16) centros de salud de los cuales catorce (14) carteleras están funcionando y dos (2) no funcionan las cuales están localizadas en el centro de salud IPC y Morrorrico.
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Desarrollar encuesta de medición de la satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios del ISABU	Índice de satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios del ISABU	SIAU	15/04/2021 15/07/2021 15/10/2021	33,33%	Se presentó informe SIAU correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2021, en el cual se clasificaron, tramitaron, gestionaron y respondieron un total de 125 PQRSD en el trimestre, dando respuesta de acuerdo a la normatividad establecida.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano						
Seguimiento I Oficina Control Interno						
Fecha seguimiento: 30/04/2021						
Fecha de Publicación: 14/05/2021				Vigencia: 2021		
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 pagina WEB, en el link" Transparencia y acceso a la información pública de la ESE ISABU , dando cumplimiento con lo establecido en la ley 1712 del 2014 .	Información publicada en el link" Transparencia y acceso a la información pública de la ESE ISABU revisada y/o actualizada	Área de comunicaciones	09/04/2021 09/07/2021 10/11/2021	33,33%	Se verificó que la entidad cuenta con el Link, de transparencia y acceso a la información actualizada, dando cumplimiento con lo establecido en la ley 1712 del 2014, y la directiva 026 de 2020 expedida por la Procuraduría General de la Nación.
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1 Publicar las estadísticas de consultas o solicitudes por parte de los ciudadanos	Publicación de estadísticas de consultas y solicitudes	SIAU Jurídica	28/05/2021 30/11/2021	0%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.
Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1 Revisión y Actualización del programa de Gestión Documental de acuerdo con los lineamientos del decreto 1080 de 2015 y política gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta programa de gestión documental de acuerdo a los lineamientos del decreto 2609 de 2012 y política documental MIPG	Gestión Documental	11/05/2021 09/10/2021	0%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.
	3.2 Revisión y Actualización del esquema de publicación de información para la ESE ISABU conforme a la política de gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta del esquema de publicación	Gestión Documental	11/05/2021 09/10/2021	0%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.
	3.3 Revisión y actualización del índice de información clasificada y reservada de la ESE ISABU conforme a la política de gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta del índice de información clasificada y reservada	Gestión Documental	11/05/2021 09/10/2021	0%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.
Subcomponente 4 Criterios diferenciales de	4.1 Facilitar la accesibilidad de la información a población con discapacidad y a los distintos grupos étnicos y culturales de la región	Divulgar por lo menos una comunicación con contenidos en lenguaje con enfoque diferencial	Planeación	30/06/2021	0%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.

Criterio diferencial de accesibilidad	4.2	Adelantar una campaña de socialización para los accesos a espacios públicos para la población en condición de discapacidad	Campaña de acceso a espacios públicos adelantada	Planeación	26/05/2021 31/10/2021	0%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1	Realizar seguimiento mensual a la accesibilidad de los ciudadanos a la página WEB	Reporte de Seguimiento Mensual	Lider TICS	Ultimo dias mes	25%	La entidad cuenta en su pagina web con el registro de contador de visitas, en el cual se registran: total de visitas de los usuarios a la página web de la E.S.E ISABU, visitantes del día y el total de visitantes. Se registra informe del aera de comunicacipnes en el que dando cumplimiento al compromiso de monitoreo a la accesibilidad de los ciudadanos a la pág. web se genera informe con número de visitas y tráfico a la página web de la institución. En el mes de abril se tiene un total de 13.634 número de visitas en la Pág. Para un total del periodo del primer cuatrimestre del 2021 de 52.521 visitas.
	5.2	Elaborar un informe trimestral de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias PQRS que contenga el Número de solicitudes recibidas, Número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, el tiempo promedio de respuesta a cada solicitud y el Número de solicitudes a las que se negó el acceso a la información	Informes trimestral de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias	SIAU	30/03/2021 30/06/2021 30/09/2021 30/12/2021	25%	Se presentó informe SIAU correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2021, en el cual se clasificaron, tramitaron, gestionaron y respondieron un total de 125 PQRSF en el trimestre, dando respuesta de acuerdo a la normatividad establecida.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano							
Seguimiento I Oficina Control Interno							
Fecha seguimiento: 30/04/2021							
Fecha de Publicación: 14/05/2021				Vigencia: 2021			
Componente 6: Iniciativas Adicionales							
Subcomponente	Actividades Programadas	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	% de avance	Observaciones	
Subcomponente 1 Iniciativas Adicionales	1.1	Realizar Reinducción del código de integridad a servidores y contratistas ESE ISABU	Programa de Inducción o reinducción que contemple socialización y adherencia a el código de Integridad	Talento Humano Jurídica	28/05/2021	100%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.
	1.2	Diagnosticar, a través de encuestas, entrevistas o grupos de intercambio, si los usuarios perciben la adherencia de los servidores de la entidad de los valores del código de integridad.	Medición de adherencia a código de inetgridad de la ESE ISABU	Talento Humano SIAU	30/06/2021	0%	Actividad programada para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, se realizará el seguimiento en el II informe del PAAC-MRC.
	1.3	Definir las estrategias para la inducción o reinducción de los servidores públicos con el propósito de afianzar las temáticas del Código de integridad.	Programa de Inducción o reinducción que contemple socialización y adherencia al código de Integridad	Talento Humano	29/04/2021	100%	Se elaboró plan de socialización y retroalimentación del código de integridad para contratistas y funcionarios, el cual propone el envío masivo de correos electronicos semestralmente alusivos al código y cada uno de sus valores compartiendose video dispuesto por la entidad y posteriormente se realizará la medición de adherencia.



CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
Jefe Oficina de Control Interno

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN AÑO 2021
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ESE ISABU

IDENTIFICACION DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION	ADMINISTRACION DEL RIESGO						SEGUIMIENTO O PRIMER CUATRIMESTRE VIGENCIA 2021 CONTROL INTERNO
PROCESO / OBJETIVO	REFERENCIA	RIESGO DE CORRUPCION	VALORACION DEL RIESGO	INDICADOR	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	PERIODICIDAD DE LA ACCIÓN	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE TERMINACION	
			DESCRIPCIÓN DEL CONTROL							
<p>GESTION DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p> <p>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.</p>	RIESGO 1	<p>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 o en publicación de informes, imposibilitando o 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 transparencia y acceso a la información, dentro de los tiempos establecidos por la ley para</p>	<p>El profesional del área de comunicaciones deberá verificar las solicitudes recibidas a través del correo electrónico y proceder a llevar un control mensual de las mismas a través de una lista de chequeo, posteriormente enviada al jefe de la Oficina Asesora de Planeación.</p>	<p>Número de solicitudes recibidas / número de publicaciones realizadas*100%</p>	<p>Elaborar formato de lista de chequeo, que permita llevar control de publicaciones realizadas mes a mes.</p> <p>Realizar publicaciones en página WEB de planes, acciones, informes demás actividades institucionales requeridas por norma y de conocimiento de los entes de control y ciudadanía.</p>	<p>Coordinador de comunicaciones</p>	<p>Permanente</p>	<p>01-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>	<p>Se revisan soportes anexados evidenciándose e control al riesgo: Formato lista de chequeo publicaciones en página web, seguimiento a través de la matriz de cumplimiento a la ley 1712 de los meses (enero, febrero, marzo de 2021), seguimiento publicaciones mes de abril de 2021. De acuerdo a la revisión realizada se evidenció cumplimiento de indicador en el primer cuatrimestre 100%.</p>
			<p>El Jefe de la Oficina Asesora de planeación verificará lista de chequeo donde se evidencie la solicitud y ubicación del archivo a través de link. En caso de no corresponder a ningún objetivo dejar evidencia de la observación para actualización de los planes y conocimiento</p>							

		favorecer a terceros.	de los ciudadanos.							
			La profesional de nómina realiza mensual la pre nómina con las situaciones administrativas presentadas en el periodo.							
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.	RIESGO 2	Posibilidad que el funcionario de nómina reciba beneficios económicos por favorecimiento o en pagos de nómina, generando sanciones por los organismos de control por incumplimiento o de la normatividad relacionada con la gestión de nómina	La profesional de Talento Humano revisa de forma mensual la pre nómina, diligenciada por el profesional de Nómina, realizando comparativo con el histórico de las nóminas y revisando situaciones administrativas presentadas en el periodo. De encontrar alteraciones en el proceso de la nómina este informará a la Subgerencia Administrativa para que sea esta dependencia quien tome las medidas correspondientes. De la revisión efectuada el contador generara un reporte mensual.	N° de nóminas con hallazgos/ N° total de nóminas liquidadas*10 0%	La profesional de Talento Humano mensualmente con el fin de verificar la veracidad de la información y detectar posibles fraudes, realizará un comparativo de los históricos de la nómina y tendrá en cuenta lo correspondiente a los acuerdos de escala salarial.	Profesional Universitario / TH	Mensual	25-feb-21	20-dic-21	La profesional de nómina presenta informe de seguimiento a la liquidación y pago de nóminas meses enero, febrero, marzo, abril de 2021, en la cual no se encontró ninguna irregularidad en liquidaciones de salarios ni prestaciones sociales.
CALIDAD, SUBPROCESO GESTION AMBIENTAL: OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la	RIESGO 3	Posibilidad que operarios de servicios generales en conjunto con las empresas contratistas que realizan la recolección de residuos reciclables y peligrosos, reciban beneficios	La entrega del material reciclaje se realiza a través del ingeniero ambiental quien verificara que el peso de los residuos se realiza a través de la báscula que	Número de pesajes correctos / total de pesajes verificados*10 0% No.de Visitas aleatorias de verificación del pesaje en un periodo de tiempo / No.	Realizar visitas aleatorias a las unidades operativas de la ESE ISABU donde se puede evidenciar el correcto pesaje de los residuos	Ingeniero Ambiental	De acuerdo al cronograma de visitas	01-feb-21	30-nov-21	Verificados los soportes anexados, en el primer cuatrimestre de la vigencia 2021, se evidenció control al riesgo: Diligenciamiento de formatos F-3600-02 de auditorías

<p>calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	<p>económicos o dadas por alterar los datos de pesaje, generando afectaciones económicas a la ESE ISABU.</p>	<p>ofrezca la ESE ISABU, adicionalmente verificara el peso de cada residuo vendido y realiza acta donde quede constancia.</p> <p>Gestión Ambiental realizara (01) visita mensual de forma aleatoria a las unidades operativas de la ESE ISABU, para verificar que el pesaje registrado diariamente en los formatos institucionales coincidan con los registros entregados por las empresa contratista.</p>	<p>Vistas para verificación de pesaje programadas en un periodo de tiempo.</p>				<p>anticorrupción aleatorias sobre el pesaje de recolección de residuos sólidos., Actas visitas aleatorias de verificación de pesajes. De acuerdo a la revisión realizada se evidenció cumplimiento de indicador en el primer cuatrimestre 100%.</p>
<p>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</p>	<p>RIESGO 4</p> <p>Posibilidad de afectación económica generando detrimento patrimonial, sanciones penales y disciplinarias por la falta de entrega efectiva del turno según procedimiento institucional que conlleva a que el personal de talento humano se apropie de forma ilegal de equipos biomédicos e insumos médico - quirúrgico.</p>	<p>El grupo de técnicos auxiliares en enfermería y enfermeros del servicio de urgencias responsables del proceso al ingreso y salida del turno realizan la verificación de los diferentes formatos definidos para la entrega del turno.</p> <p>El coordinador del servicio de urgencias mensualmente verifica que el equipo realice una entrega efectiva del turno en los formatos establecidos en el proceso, con el fin de encontrar faltantes de inventario e insumo médico - quirúrgico y medicamentos, en caso de detectar</p>	<p>No de entrega de turnos efectivos / Total de turnos realizados en el periodo a evaluar*100%</p>	<p>Verificar mensualmente el correcto diligenciamiento de los diferentes formatos de la entrega de turno.</p>	<p>Lider de Gestión Atención de Urgencias</p>	<p>Mensual</p>	<p>01-ene-21</p> <p>31-dic-21</p> <p>Se verificaron soportes allegados, evidenciándose en el primer cuatrimestre: lista de chequeo carro de paro enero, febrero, marzo, abril, lista de chequeo bomba de infusión marzo, abril, lista de verificación insumos de trauma marzo y abril, lista de chequeo móvil marzo, abril de 2021, de acuerdo al control realizado por el líder del proceso se presentó PLAN DE MEJORA: • Analizar con el área de calidad la implementación de formato institucional para la entrega de turno. • Estandarizar formatos institucionales sobre: lista de</p>

			alguna pérdida se informará a la Dirección Técnica de las Unidades Hospitalarias quien a la vez hará el respectivo reporte del hallazgo a la Oficina de Control Interno. Estos controles se registrarán en el instrumento de verificación diseñado para este fin.						chequeo para carro de paro, lista de chequeo para bombas de infusión, lista de chequeo para insumos de trauma, lista de chequeo de ambulancias. • Seguimiento semanal y mensual a diligenciamiento de listas de chequeo. De acuerdo a la revisión realizada se evidenció cumplimiento de indicador en el primer cuatrimestre 100%.	
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.	RIESGO 5	Posible afectación disciplinaria con sanción por organismos de control por trato deshumanizado a pacientes y/o familiares a quienes se les presta un servicio de salud, causado por la falta de capacitación y adherencia de la prestación de servicio humanizada de acuerdo a la política institucional.	El grupo de calidad realiza sensibilización de la política de humanización a todo el equipo del servicio de internación	Número de personas del servicio de internación con adherencia satisfactoria de la política de humanización / Total de personas que conforman el servicio de internación.	El grupo de calidad junto con la líder de internación realizaron de forma trimestral capacitación y medición de la adherencia de la política de humanización en el servicio de internación.	Profesional de Calidad y Líder de Internación	Trimestral I	01-ene-21	31-dic-21	Verificados los soportes anexados, no se evidenció actas de sensibilización de la política de humanización al equipo de internación, se evidencia instrumento de medición de adherencia a la política de humanización. En el análisis realizado por el líder del proceso se planteó: "Como acción preventiva, para el mejoramiento de este riesgo para el segundo cuatrimestre del año 2021, contactar al grupo de calidad para dar cumplimiento al indicador establecido en la política de humanización. El compromiso desde el área de hospitalización es realizar las capacitaciones por ciclos y de esta manera lograr y
			El profesional de calidad aplica instrumento de adherencia a la política de humanización al equipo de internación capacitado							

									<p>sensibilizar a todo el personal de salud del servicio de internación ya que en el primer cuatrimestre del 2021 no se logró cumplir con el indicador. En cada uno de los ciclos que se realicen con las capacitaciones, lo que se busca es sensibilizar al personal de salud, para ello se planea realizar evaluación antes y después de la capacitación, es de decir pre test y pos test, todo ello, con el propósito de medir el impacto que tienen estas capacitaciones en cada uno de los participantes de la ESE ISABU del servicio de uci/ucim y hospitalización y poder dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el riesgo "</p>
<p>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.</p>	<p>RIESGO 6</p>	<p>Posibilidad de afectación económica y procesos disciplinaria que conllevan a sanciones por órganos de control debido a la falta de verificación permanente de equipos biomédicos en el servicio de internación por el personal responsable en cada turno en el Hospital Local del Norte y la UIMIST que</p>	<p>El Líder de enfermería del servicio de internación realiza seguimiento al inventario de equipos biomédicos ubicados en los servicios de internación. El profesional de inventarios realiza revisión trimestral del inventario de equipos biomédicos ubicados en los servicios de internación.</p>	<p>Número de equipos biomédicos ubicados en el servicio con la correcta utilización / Total de equipos biomédicos relacionados para el servicio de internación.</p>	<p>La líder de Internación realiza revisión diariamente el inventario a través de formato establecido. El profesional de inventarios realiza revisión trimestral del inventario de equipos biomédicos ubicados en los servicios de internación.</p>	<p>Líder de Internación</p>	<p>Diaria por la Líder del proceso de internación Trimestral por inventarios</p>	<p>01-feb-21 31-dic-21</p>	<p>De acuerdo a verificación realizada a los soportes anexados, la relación de inventario piso 3 y 4, no es clara por quien fue realizada, se evidencia ficha técnica de indicador en el cual se plantea como acción correctiva: mejorar la comunicación con el equipo de almacén, solicitando formato institucional en donde quede</p>

		conllea a que el talento humano se apropie ilegalmente de los bienes, equipos biomédicos e insumos médico-quirúrgico.							consignado la periodicidad de revisión de los insumos, la baja de insumos y la disponibilidad de los equipos biomédicos para los servicios de uci-ucim y hospitalización. En el fortalecimiento de la verificación de insumos médicos, se establece llevar el indicador de insumos disponibles en cada uno de los pisos, es decir, el tercer y cuarto piso de la ESE ISABU, comparándolo con el indicador de los insumos disponibles" Se debe tener en cuenta la descripción del control y el plan de acción a realizar, con el fin de poder evaluar el control por parte de la oficina de control interno.	
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.	RIESGO 7	Posibilidad de afectación económica y disciplinaria que conllevan a demandas por los pacientes y su familia por malas prácticas por desconocimiento de los procesos asistenciales del personal del servicio de internación.	El Coordinador de la Unidad de Cuidado Intermedio e Intensivo realiza capacitaciones de los temas acordados al servicio a todo el equipo de internación El Líder de enfermería del servicio de internación aplica instrumento de adherencia a las temáticas socializadas por el Coordinador de Unidad de Ciudadanos Intermedios e	Número de personal capacitado y con adherencia a los procesos asistenciales del servicio de internación / Total de personas que conforman el servicio de internación.	El Coordinador de UCIM Y UCI realizará material para las capacitaciones y la jefe del servicio de internación diseñará instrumento de evaluación de las diferentes temáticas utilizadas en las capacitaciones del personal del servicio de internación.	Coordinador médico de las UCIM Y UCI y la Líder de Internación	De acuerdo a programación de capacitaciones	01-feb-21	31-dic-21	Verificados los soportes anexados se evidencia capacitaciones realizadas en el cuatrimestre,. Se evidenció medición de indicador con cumplimiento.

			Intensivos al equipo de internación.							
<p>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.</p>	RIESGO 8	<p>Probabilidad de sanción disciplinaria, fiscal y económica a cargo de los diferentes órganos de control desencadenados por la ausencia del seguimiento pertinente a los insumos, medicamentos y equipos biomédicos del servicio de cirugía y atención del parto, por apropiación indebida por el talento humano.</p>	<p>El equipo de enfermería realiza el diligenciamiento de los formatos al ingreso y egreso del turno del servicio de cirugía y atención de partos en los formatos establecidos para la verificación de equipos biomédicos, insumos médicos - quirúrgicos y medicamentos.</p> <p>La coordinadora del servicio de cirugía y atención del parto revisa y verifica mensualmente el correcto diligenciamiento de los formatos diligenciados por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno, en caso de encontrar fallas realiza las medidas correctivas de forma inmediata y notifica al Dirección Técnico de las Unidades Hospitalarias quién a la vez hará el respectivo reporte del hallazgo a la Oficina de Control Interno.</p>	<p>Número de registros correctos en el formato correspondiente / Total de turnos ejecutados durante el mes</p>	<p>La coordinadora del servicio de cirugía y atención del parto revisa de forma mensual el adecuado diligenciamiento de los formatos de ingreso y egreso de cada turno del servicio de cirugía y atención de partos.</p>	Líder de Gestión Atención de cirugía y partos	Mensual	01-ene-21	31-dic-21	<p>Verificados los soportes se evidencian en los formatos establecidos la verificación de equipos biomédicos insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos en el primer cuatrimestre de la vigencia 2021, registros de entregas de turno, se evidencia medición de indicador con cumplimiento.</p>
<p>PROCESO GESTION APOYO TERAPÉUTICO / OBJETIVO: Garantizar los servicios oportunos de farmacia y</p>	RIESGO 9	<p>Posibilidad de afectación económica por faltantes de inventarios derivados de la omisión del procedimiento</p>	<p>El regente de farmacia encargado de la administración de la bodega de medicamentos verifica que</p>	<p>Número de faltantes detectados en revisión / Total de pedidos decepcionados</p>	<p>El regente de farmacia aplica de forma estricta el procedimiento de recepción técnica y administrativa,</p>	Regente de Farmacia	<p>Cada vez que se recepciones pedido</p> <p>Visitas de inspección de acuerdo a lo</p>	01-feb-21	31-dic-21	<p>Verificados los soportes, se evidenció reporte de inconsistencias, acta de supervisión de recepción, devoluciones,</p>

<p>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.</p>	<p>o de recepción técnica</p>	<p>los productos recibidos físicamente correspondan a lo facturado por el proveedor. En caso de inconsistencias deberá reportar inmediatamente al líder del Servicio farmacéutico.</p> <p>El regente coordinador efectuará inspecciones aleatorias a las entradas de medicamentos para verificar que se cumpla el procedimiento de recepción. En caso de inconsistencias realizará reporte al proveedor y al supervisor del contrato.</p>		<p>para identificar errores de despacho por parte del proveedor.</p> <p>El Regente coordinador de farmacia realiza inspecciones aleatorias a las farmacias para verificar la correcta recepción de pedidos.</p>		<p>programado en el periodo.</p>		<p>se evidenció medición de indicador con cumplimiento.</p>
<p>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.</p>	<p>RIESGO 10</p> <p>Posibilidad que el profesional de Apoyo Terapéutico reciba dadas o beneficios económicos que conlleva a procesos disciplinarios y fiscales por los organismos de control por prestar un servicio sin cumplir con los requisitos estipulados por la institución.</p>	<p>El líder de Apoyo Terapéutico cada vez que se vincule un profesional al área de rehabilitación realizará la inducción socializando los procedimientos P-2008-01, P-2008-2, P-2008-3; Vigentes en el Proceso de Apoyo Terapéutico, como también se realizará la inducción y la reincorporación a los profesionales del servicio, validando para ello la lista de inducciones realizadas y participantes involucrados.</p>	<p>No. De capacitaciones y/o reintroducciones realizadas / total de capacitaciones programadas</p> <p>No. De profesionales que presentan adherencia con la calificación de 80% / total de profesionales evaluados *100</p> <p>Número de Auditorías realizadas / Número de auditorías programadas* 100</p>	<p>Socialización de los procedimientos y medición de la adherencias.</p> <p>El líder de apoyo terapéutico realiza auditorías aleatorias semanales y validación de los derechos del paciente para la prestación del servicio terapéutico.</p>	<p>Lider Proceso Apoyo Terapéutico</p>	<p>Semanal (auditorías aleatorias)</p>	<p>01-feb-21</p>	<p>31-dic-21</p> <p>Verificados los soportes de los controles se realizó: Grupo primario para realizar reincorporación de la caracterización y procedimientos del proceso de Apoyo Terapéutico, con el grupo de rehabilitación, se evidencia informes de rehabilitación de los meses enero, a abril, aplicación de listas de chequeo servicios de rehabilitación de los meses enero a abril, se evidencia medición de indicador con cumplimiento.</p>

		El líder de Apoyo Terapéutico semanalmente en forma aleatoria realizará auditoria verificando la identidad del usuario atendido en el momento de la auditoria frente al agendamiento o y el Rips. En caso de encontrar inconsistencia, se enviara correo a la subgerencia científica para la cual se utilizara la respectiva lista de chequeo F2008-03.								
<p>PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO OBJETIVO: Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Rx, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.</p>	<p>RIESGO 11</p>	<p>Posibilidad de pérdida financiera para la entidad, causando sanciones disciplinarias y fiscales a los Profesionales de Radiología y Laboratorio Clínico por cobro dineros por reporte de turnos no trabajados en el servicio, causado por la falta de verificación de las Horas programadas con las horas realizadas de los funcionarios que laboran en el Área de Radiología y Laboratorio clínico de la ESE ISABU</p>	<p>Los líderes de cada área realizan mensualmente el cuadro de turnos con sus respectivas horas donde el personal asistencial revisará sus horas programadas y en caso de encontrar alguna novedad se notificará al líder de área para realizar la respectiva corrección. Como evidencia: Cuadro de Turnos con sus respectivas horas.</p>	<p>Número de Horas realizadas/Numero de Horas programadas* 100</p>	<p>1. Realizar cuadro de turnos mensual y realizar revisión de las horas programadas</p> <p>2 Verificar mensualmente la Cantidad de turnos y Horas laboradas con cuenta de cobro.</p>	<p>Líder de apoyo Diagnóstico</p>	<p>Mensual</p>	<p>01-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>	<p>Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: cuadro de turnos, registro de verificación horas laboradas bacteriólogos y auxiliares meses enero-abril de 2021. Cuadro de turnos, registro de verificación horas laboradas servicio radiología meses enero-abril de 2021. se evidencia medición de indicador con cumplimiento.</p>

			van hacer cobradas, las cuales deben coincidir. Como evidencia: Cuadro de turnos con sus respectivas horas y Registro de Horas firmadas por el líder de área.							
<p>PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO OBJETIVO: Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Rx, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.</p>	RIESGO 12	<p>Posibilidad de pérdida financiera para la entidad que conlleven a sanciones disciplinarias del personal de las áreas de Radiología y laboratorio clínico por recibir dinero o dadas 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 y radiología con el sistema de información de la ESE ISABU</p>	<p>El Profesional del Laboratorio clínico y Radiología diariamente realiza la revisión de las órdenes médicas y la factura con el fin de correlacionar el ingreso de exámenes y estudios al sistema de información interno de cada área, el cual debe coincidir, a través de una lista de chequeo donde el personal que realiza la revisión debe firmar y en caso de encontrar alguna novedad se hace notificación directa al líder de área quien realizará la investigación y acción correctiva de dicha variante. Como evidencia: planilla de verificación periodo evaluado</p>	Número de ordenes con hallazgos/Total de ordenes realizadas *100	Revisión diaria de órdenes médicas y factura confrontando con el sistema de información del Laboratorio Clínico y Radiología	Líder de apoyo Diagnóstico	Diaria	01-ene-21	31-dic-21	De acuerdo a verificación realizada a los soportes anexados para el control se evidenció: La profesional de laboratorio clínico, realizó diariamente doble revisión de ordenes médicas HLN-UIMIST, a través de lista de chequeo correspondiente a los meses de enero a abril de 2021. La profesional de radiología realizó registro control diario de pacientes atendidos y pacientes en sistema interno meses enero a abril de 2021. se evidencia medición de indicador con cumplimiento.
<p>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución</p>	RIESGO 13	<p>Afectación económica por incumplimiento de las normas que regulan la actividad contractual de la entidad causado por el funcionario</p>	<p>Realizar evaluación de conocimientos a cada uno de los funcionarios al inicio de cada contratación a fin de determinar</p>	No. De capacitaciones y/o reinducciones realizadas / total de capacitaciones programadas * 100%	El jefe de la oficina jurídica trimestralmente e realizará capacitación y medición de la adherencia de las normas internas y generales que rigen los procesos	Jefe oficina jurídica	Trimestral (capacitaciones) Mensual (Revisión de contratos)	01-feb-21	30-nov-21	Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: capacitaciones y revisión mensual de contratos. se evidencia medición de indicador con

		<p>perteneciente al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión encargado de llevar adelante el proceso contractual que reciba o solicite dinero o cualquier beneficio para a cambio realizar la adjudicación del contrato, por falta de ética y compromiso con la entidad</p>	<p>los capacidades y conocimientos que maneja la contratación.</p> <p>El jefe de la oficina jurídica mensualmente realiza revisión de las contrataciones realizadas al mes, haciendo estudio detallado de los documentos referentes a estudios previos, invitaciones a oferentes y las evaluaciones realizadas a las propuestas, a fin de revisar si se han tenido en cuenta las normas internas y generales que rigen los procesos contractuales adelantados por la entidad, de lo realizado por los funcionarios y ordenadores de gasto y al grupo de apoyo a la gestión contractual, supervisión y socialización del código de integridad.</p>	<p>No de Contratos revisados /total de los contratos realizados en el mes*100%</p>	<p>contractuales adelantados por la entidad para fortalecer y actualizar conocimientos a los funcionarios y ordenadores de gasto y al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión y socialización del código de integridad y posteriormente.</p> <p>El Jefe la oficina de calidad revisará de forma mensual los contratos realizados en el mes a evaluar.</p>				<p>cumplimiento. No se evidencia medición de la adherencia de la capacitaciones.</p>
<p>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución</p>	<p>RIESGO 14</p>	<p>Posibilidad de afectación reputacional por posibles demandas a la entidad por parte de terceros afectados, debido a la manipulación al principio de la selección objetiva causado por el funcionario perteneciente al grupo de apoyo a la gestión</p>	<p>Realizar evaluación de conocimientos a cada uno de los funcionarios capacitados, luego de cada encuentro, así como realizar eventualment e evaluación de adherencia al proceso y con ello determinar la puesta en práctica las</p>	<p>No. De capacitaciones y/o reintroducciones realizadas / total de capacitaciones programadas * 100%</p> <p>No de Contratos revisados /total de los contratos realizados en el mes*100%</p>	<p>El jefe de la oficina jurídica trimestralmente e realizará capacitación y medición de la adherencia de las normas internas y generales que rigen los procesos contractuales adelantados por la entidad para fortalecer y actualizar conocimientos a los funcionarios y ordenadores</p>	<p>Jefe oficina jurídica</p>	<p>Trimestral (capacitaciones) Mensual (Revisión de contratos)</p>	<p>01-feb-21 30-nov-21</p>	<p>Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: capacitaciones y revisión mensual de contratos. se evidencia medición de indicador con cumplimiento. No se evidencia medición de la adherencia de la capacitaciones.</p>

	<p>contractual y de supervisión encargado de llevar adelante el proceso contractual reciba o solicite dinero o cualquier beneficio para facilitar que los proponentes se pongan de acuerdo con propuestas, precios y ofertas amañadas para obtener ventaja en la calificación y así beneficiarse de la adjudicación de un contrato, acción realizada por desconocimiento de procedimiento de evaluación y verificación de requisitos en los procesos contractuales</p>	<p>asesorías brindadas.</p> <p>El jefe de la oficina jurídica mensualmente realiza revisión de las contrataciones realizadas al mes, haciendo estudio detallado de los documentos referidos a estudios previos, invitaciones a oferentes y las evaluaciones realizadas a las propuestas, a fin de revisar si se han tenido en cuenta las normas internas y generales que rigen los procesos contractuales adelantados por la entidad, de lo realizado por los funcionarios y ordenadores de gasto y al grupo de apoyo a la gestión contractual, supervisión y socialización del código de integridad.</p>		<p>de gasto y al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión y socialización del código de integridad y posteriormente.</p> <p>El Jefe la oficina de calidad revisará de forma mensual los contratos realizados en el mes a evaluar.</p>					
<p>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución</p>	<p>RIESGO 15</p> <p>Posible afectación presupuestal causado por condenas económicas a la entidad por el incumplimiento de las normas que regulan los procedimientos judiciales causado por la incorrecta aplicación de las normas en el ejercicio del litigio en</p>	<p>Realizar capacitación sobre leyes procesales y demás normas que regulen la materia para fortalecer y actualizar conocimientos a los encargados de la defensa judicial de la entidad, dejando en todo caso actas y constancias</p>	<p>No. De capacitaciones y/o reintroducciones realizadas / total de capacitaciones programadas * 100%</p> <p>No. De informes presentados / Total de informes programados en la vigencia.</p>	<p>El jefe de la oficina jurídica realizará capacitación y medición de la adherencia al grupo de funcionarios que tienen ingerencia en los procesos judiciales sobre las leyes procesales y demás normas que regulen la materia.</p>	<p>Jefe oficina jurídica</p>	<p>De acuerdo a programación (capacitaciones)</p> <p>Informe de demandas judiciales (cuatrimestral)</p>	<p>01-feb-21</p>	<p>30-nov-21</p>	<p>Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: No se evidenció capacitaciones al grupo de funcionarios que tienen ingerencia en los procesos judiciales, no se evidenció medición de la adherencia de la capacitaciones, se evidenció</p>

		la representación del Instituto aprovechando su posición para obtener beneficios económicos o dadas a cambio que la entidad sea condenada, en los procesos adelantados en contra de ella.	de las capacitaciones. El funcionario encargado de la defensa judicial de la entidad realizara reporte cada cuatro meses de los procesos adelantados para llevar un control de las sentencias condenatorias o absolutorias al jefe de la oficina, dejando copia del informe presentado.						informe de procesos judiciales con corte a 30 de abril de 2021. Se evidenció medición de indicador con reporte de capacitaciones no realizadas.	
<p>PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</p> <p>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.</p>	RIESGO 16	Posibilidad de detrimento patrimonial, investigaciones y sanciones disciplinarias, 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.	El jefe, líder de área o supervisor, debe diligenciar el formato de personal cada vez que ingrese un contratista o un funcionario y al momento de finalizar contrato del mismo, de igual manera debe informar al coordinador de inventarios quien se encargara de realizar la debida asignación de los activos al inicio del contrato y se firmará un paz y salvo al momento de la finalización del mismo; manteniendo el control sobre el responsable de cada activo . En el caso de que no coincida se dejará por escrito en la carpeta respectiva y se hará el reporte	Número de activos relacionados en el inventario físico / número de activos relacionados en el Excel * 100	Realizar un informe trimestral de los activos que han ingresado a la institución y comparar los que se encuentran en físico vs archivo en Excel por servicios y sedes de la entidad.	Almacenista general y Profesional de inventarios	Trimestral	01-ene-21	31-dic-21	Verificadas las evidencias anexadas se evidenció informe primer trimestre de los activos que han ingresado a la institución , se anexa comprobante de entrada de mercancía, no se evidenció medición de indicador .

<p>según condiciones contratadas y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad</p>		<p>inmediato a la Subdirección Administrativa para tomar las medidas pertinentes.</p>					
<p>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</p>	<p>RIESGO 17 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 inventarios de insumos de consumo y papelería entregados al servicio o sede de la entidad.</p>	<p>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</p>	<p>Número de auditorías físicas realizadas / Total de Auditorías físicas programadas * 100%</p>	<p>Realización de auditorías físicas esporádicas 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.</p>	<p>Almacenista general y Profesional de inventarios</p>	<p>De acuerdo a cronograma de visitas esporádicas</p>	<p>01-feb-21 31-dic-21</p> <p>Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: Actas de auditoría de los meses febrero, marzo, abril de 2021 por la profesional de apoyo del área de almacén, inventario febrero a abril de 2021, solicitudes de Se evidencia medición de indicador.</p>

<p>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</p>		<p>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.</p> <p>El almacenista general realizará esporádicamente chequeos en las áreas de almacenamiento asistencial, para verificar la rotación de los productos de consumo y papelería.</p>							
<p>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</p>	<p>RIESGO 18</p> <p>Posibilidad de afectación económica y calidad en la prestación de los servicios de salud generando multas y sanciones de órganos de control causados por incumplimientos del plan de mantenimiento o hospitalario de la entidad.</p>	<p>los profesionales de coordinación de mantenimiento o infraestructura, equipo biomédico y equipo industrial realizan la verificación del inventario entregado por Almacén para equipos biomédico e industrial y Se realiza un lista de verificación por sedes para mantenimiento o de infraestructura</p>	<p>Número de mantenimientos realizados en el periodo evaluado / Total de mantenimientos programas en el plan de mantenimiento o hospitalario en el periodo evaluado * 100%</p>	<p>Actualizar inventario de forma trimestral para mantenimiento o biomédico y equipo industrial y lista de chequeo de necesidades por sedes para mantenimiento o de infraestructura</p>	<p>Profesional coordinador de equipos biomédicos e industriales. Profesional coordinador de mantenimiento de infraestructura</p>	<p>Trimestral</p>	<p>04-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>	<p>Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: informe primer trimestre vigencia 2021, el cual incluyó medición de indicador mantenimiento o realizados. Se debe tener en cuenta para la mitigación del riesgo, que se cumpla con la descripción del control del riesgo y el plan de acción.</p>

<p>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</p>		<p>a y definir el plan de mantenimiento o hospitalario institucional.</p>							
<p>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.</p>	<p>RIESGO 19</p> <p>Posibilidad de afectación económica por sanciones impuestas por entidades de control por violación (modificación ó eliminación) de datos por cualquier persona que reciba dinero o dadas para beneficiar a terceros, generando la combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital a causa del incumplimiento o en la actualización de licenciamientos y actualización de software antifuegos.</p>	<p>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.</p>	<p>Número de Monitoreos realizados / Total de Monitoreos propuestos * 100%</p> <p>Números de intentos de acceso fraudulento controlado / Números de intentos totales de acceso fraudulento*100%</p>	<p>Revisión periódica de las alarmas generadas por el software de control de intrusos (Firewall)</p> <p>Revisión periódica de alarmas generadas Antivirus.</p>	<p>Líder Gestión de las TICS</p>	<p>Trimestral</p>	<p>441 97</p>	<p>445 61</p>	<p>Se verificaron los controles de acuerdo a las evidencias anexadas: Informe aplicaciones bloqueadas en el primer trimestre 2021, virus y malware bloqueados, informe firewall, registro en Excel de mantenimientos realizados. No se evidenció medición de indicador.</p>

		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 reportara a control interno y a la Jefe al oficina asesora de planeación mediante comunicación interna con soportes del fallo. Como evidencia se anexara resumen del informe generado por el firewall.								
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.	RIESGO 20	Posibilidad de afectación económica por pérdidas o daños en la infraestructura tecnológica (hardware, redes), por parte de contratistas y talento humano de la entidad debido al incumplimiento o en procesos de controles o registros de inventario a los equipos de cómputo y redes.	El profesional del área de TICS realizará seguimiento a la contratación de empresa para mantenimientos preventivos y enviara necesidad en el momento que se requiera, al área encargada de contratos para su proceso de contratación del servicio. 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	Número de Mantenimientos realizados / Número de mantenimientos Planeados*100%	Informes trimestrales generados por el ingeniero de infraestructura del avance del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de cómputo. Informe trimestral avance de mantenimientos preventivos y correctivos de equipos de red	Lider Gestión de las TICS	Trimestral	441 97	445 61	Se verificaron los controles de acuerdo a las evidencias anexadas: Informe aplicaciones bloqueadas en el primer trimestre 2021, virus y malware bloqueados, informe firewall, registro en Excel de mantenimientos realizados. No se evidenció medición de indicador.

			listados con número de inventario para validar que no hayan sido robadas partes ni robados los equipos.						
			El Tesorero genera informe del saldo diario de Bancos en días hábiles, el cual es entregado al Gerente para comprobación del buen manejo de los recursos de la entidad						
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 de facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	RIESGO 21	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 autoprestamos	El Contador realiza mensualmente conciliaciones para verificar la consistencia de los movimientos bancarios, comparando los movimientos registrados en los extractos bancarios con los registros contables. 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	Número de consignaciones Bancarias / Movimientos Contables	La Tesorería General realiza el informe diario de saldos de Bancos y el Contador realiza mensualmente la Conciliación Bancaria para constatar los movimientos de los dineros de la entidad	Tesorero General Contador General	Diario (Tesorero) Mensual (Contador)	04-ene-21 31-dic-21	Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: informe de bancos enero a abril, Conciliaciones bancarias realizadas por el contador meses enero a marzo de 2021.. De acuerdo a la revisión realizada se evidenció medición del indicador con 100%.
GESTIÓN FINANCIERA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones	RIESGO 22	Probabilidad de Afectación económica y cancelación el contrato de prestación de servicios del factorador por deficiencia de la periodicidad para el	La Técnico de apoyo administrativo de Tesorería realiza revisión de los cierres de caja dos veces a la semana donde verifica el	Número de cierres de caja que cuadra con el recaudo realizado / Total de cierres de caja * 100%	La Técnico de apoyo a Tesorería realiza verificación dos veces a la semana en el sistema de los recaudos realizando por los facturadores y genera los	Técnico apoyo a Tesorería y Mensajero	Dos veces pro semana	04-ene-21 31-dic-21	Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: observándose en el primer trimestre de cierre de caja, consignaciones cierre Panacea,

<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>cierre efectivo de cada uno de los facturadores de los centros de salud y unidades hospitalarias y genera el recibo de caja correspondiente.</p> <p>El Mensajero autorizado para realizar recorrido y recibir el recaudo de cada uno de los facturadores, verifica el recaudo contra el recibo d caja entregado por la Técnico de apoyo administrativo de la tesorería, en caso de encontrar inconsistencia se reporta al Tesorero y al Líder de Facturación.</p>		<p>respectivos Recibos de Caja y el Mensajero realiza recorrido de recaudo de forma semanal en los centros de salud y la UIMIST.</p>					<p>correos electrónicos efectivos pendientes por recaudar, planillas de control de recaudo. De acuerdo a la revisión realizada se evidenció cumplimiento de cumplimiento del indicador 100%.</p>
<p>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</p>	<p>RIESGO 23</p> <p>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</p>	<p>La Técnico de apoyo administrativo o al proceso de Tesorería realiza el correspondiente informe de cuentas por pagar por edades el cual es revisado por el Tesorero y el Gerente para la programación de pagos de acuerdo a la disponibilidad de recursos de la entidad, la cual es aprobada por la Gerencia para garantizar que los pagos se hagan sin favorecimientos o criterios subjetivos</p>	<p>Número de informe de cpx por edades / Número de proveedores (edad fra.)</p>	<p>La Técnico de apoyo a Tesorería realiza el informe de cuentas por pagar por edades una vez al mes, la cual es revisada por el Tesorero y el Gerente para generar la programación de pagos.</p>	<p>Técnico apoyo a tesorería Tesorero General Subgerencia Administrativa</p>	<p>Mensual</p>	<p>04-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>	<p>Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: Se anexa registro en Excel informe de cuentas por pagar, y estimación de los pagos de las cpx de proveedores, en el cual de los programado fue lo efectivamente ejecutado. Medición de cumplimiento del indicador 100%.</p>

			El Subgerente Administrativo revisa que los pagos se realicen de acuerdo a lo establecido en la correspondiente programación de acuerdo a los recursos disponibles de la entidad, para lo cual se deja la correspondiente programación de pagos							
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 de facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución	RIESGO 24	Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial en la radicación extemporánea de la facturación generada 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.	El grupo de cuentas médicas realiza la revisión de las facturas liquidadas en el sistema contra las radicadas a cuentas médicas, realizando la auditoría y preradicando en el sistema, en caso de inconsistencias se devuelve al facturador para la realización de la corrección. El coordinador de facturación realiza verificación del pre radicado en el sistema contra las facturas realizadas en el sistema, en caso de inconsistencias realiza observaciones al grupo de cuentas médicas.	Vr radicado del mes / Vr facturado del mes	La Coordinadora de facturación realizará revisión quincenal de las facturas pre radicadas contra las facturadas, garantizando que a fin de mes se encuentre radicada el 90% de las facturas.	Coordinador de facturación	Quincenal	01-ene-21	31-dic-21	Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: Actas de conciliaciones mes enero, febrero, marzo 2021 las cuales relacionan: facturación recibida con soportes para radicar ante ERP, soportes de radicación entregados por facturación, devoluciones realizadas al área de Facturación, motivos de entidades que no han devuelto los soportes de radicación. Se realizó medición del indicador por el líder del proceso registrando un incumplimiento del indicador en un 15%, ya que la meta de radicación era del 90%, expone para el siguiente trimestre cumplir con el 90%.

<p>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 de facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>RIESGO 25</p>	<p>Posibilidad de afectación económica por detrimento patrimonial que conlleva a la cancelación del contrato de prestación de servicios, procesos fiscales y disciplinarios por órganos de control por omisión de facturar las actividades prestadas en los diferentes centros de salud y unidades operativas generada por falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas, también inconsistencias del sistema de información en la información generada en los reportes.</p>	<p>La Coordinadora de Facturación realiza revisión de forma semanal de los cargos registrados en el sistema de las atenciones de los servicios prestados por el facturador en las diferentes sedes, en caso de inconsistencias reporta al facturador para que realice los ajustes pertinentes.</p>	<p>Cargos pendientes del mes / Vr facturado del mes</p>	<p>La Coordinadora de facturación realizará revisión quincenal de los cargos realizados por el personal asistencial, garantizando que a fin de mes se encuentre facturado los servicios prestados a los pacientes egresados.</p>	<p>Coordinador de facturación</p>	<p>Quincenal</p>	<p>01-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>	<p>Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias: Se anexan actas cargos enero y febrero de 2021, no se anexan revisiones de los meses marzo y abril. Se realiza medición de indicador.</p>
<p>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.</p>	<p>RIESGO 26</p>	<p>Posibilidad de que el personal de apoyo de archivo reciba dinero o dadas por intervenir las unidades documentales, Ubicación, Falsificación o destrucción de un Documento a su favor o de terceros</p>	<p>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</p>	<p>No. De capacitaciones y/o reinducciones realizadas / total de capacitaciones programadas *100</p> <p>No. de Dependencias que presentan adherencia con la calificación de 80% / total de Dependencias evaluados *100</p> <p>No. Auditorías realizadas / No. De auditorías programadas *100</p>	<p>Divulgación cuatrimestralmente de norma vigente a todo el Personal de la Institución, Capacitación a los Funcionarios y Contratistas de la Institución, Realizar Auditoria sobre el Proceso de Gestión Documental a las diferentes dependencias de la Institución</p>	<p>Profesional Universitario de Gestión Documental</p>	<p>Cuatrimestral (Capacitación)</p> <p>Auditorias de acuerdo al cronograma de programación</p>	<p>04-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>	<p>Se verificaron los controles de acuerdo a evidencias anexadas: Divulgación de la Ley 594 de 2000 Ley General de Archivos a todas las Dependencias de la Institución, mediante Circular No. 001 del 21 de enero de 2021, bajo Radicado No. 0488 del 11 de febrero de 2021. Capacitación a los Apoyos de Gestión Documental sobre el Acceso a Documentos, Acta No 001 del 30 de marzo de 2021. Socialización de</p>

			contratista de acuerdo a la dependencia se programara una Capacitación según tema que corresponda personalizada sobre el tema.						Procedimientos a todas las Dependencias de la Institución, mediante Comunicación Oficial bajo Radicado No. 1484 del día 30 de abril de 2021. Se realiza medición de indicador.	
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	RIESGO 27	Posibilidad de sanciones fiscales, penales o disciplinarias de los entes de control, por recibir dadas a cambio de favorecer los resultados en los procesos auditados.	El jefe de control interno realizará capacitaciones en ética, integridad y responsabilidad, al personal de la oficina de control interno lo que permite llevar a cabo prácticas de mejoramiento continuo que tiendan al desarrollo de actividades con calidad.	# de capacitaciones realizadas/# de capacitaciones programadas *100%	Realizar capacitaciones en ética, integridad y responsabilidad, al personal de la oficina de control interno lo que permite llevar a cabo prácticas de mejoramiento continuo que tiendan al desarrollo de actividades con calidad.	Jefe oficina de control interno	De acuerdo a cronograma de capacitaciones programadas	02-feb-21	30-nov-21	El equipo de control interno asistió el día 14 de abril a la capacitación virtual realizada por el DAFP en auditorías internas, basada en riesgos en rol del auditor, incluye, capacitación de vigilancia y control fiscal con la Contraloría Municipal de Bucaramanga, Gestión documental dirigido por el archivo general de la nación
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,	RIESGO 28	Posibilidad de sanción disciplinaria o penales, por parte de los entes de control, debido a la venta de información reservada, en el ejercicio de las auditorías.	Los responsables del área de control interno realizaran actualización de los procedimientos para la realización de auditorías, con el fin de que se cumpla con la aplicación de la metodología en todas las etapas para su realización.	Procedimientos actualizados	Realizar actualización de los procedimientos para la realización de auditorías, con el fin de que se cumpla con la aplicación de la metodología en todas las etapas de su ejecución	Equipo oficina control interno	De acuerdo a la necesidad de la oficina	02-feb-21	30-nov-21	La oficina de control interno cuenta con tres (3) procedimientos los cuales fueron actualizados en la vigencia 2019, de acuerdo a cambios normativos, expedidos por el DAFP, se están realizando las actualizaciones respectivas en temas de administración del riesgo, guía para auditorías basadas en

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									riesgos.	
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	RIESGO 29	Probabilidad de detrimento patrimonial de la entidad, al tipificarse alguno de los delitos contra la administración pública por parte de los funcionarios de la oficina de control interno.	La oficina de control interno realizará las auditorías y seguimientos programados, con el fin de garantizar la transparencia en el cumplimiento de metas, lo cual sus resultados se plasmarán en los respectivos informes.	# de auditorías y seguimientos realizados/Tot al de auditorías programados en el periodo * 100%	La oficina de control interno realizará las auditorías y seguimientos programados, con el fin de garantizar el cumplimiento de metas en los procesos, los cuales sus resultados se plasmarán en los respectivos informes.	Equipo oficina control interno	De acuerdo al Cronograma de auditorías	02-feb-21	30-nov-21	En cumplimiento al plan anual de auditorías vigencia 2021, en el primer cuatrimestre se realizó apertura de las siguientes auditorías: apoyo diagnóstico, estancias prolongadas, Cirugía y atención de partos, salud pública, gestión presupuestal, se realizó auditoría exprés al proceso de vacunación por Covid 19, seguimientos realizados: Seguimiento al proceso de talento humano frente a las estrategias por el COVID 19, seguimiento a planes de talento humano, seguimiento a comité de conciliaciones, seguimiento EDL-Acuerdos de Gestión. Seguimiento a Sia Observa, seguimiento a planes de mejoramiento internos (tesorería-recursos físicos). Se realiza medición de indicador para un cumplimiento en el cuatrimestre del 88%

<p>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.</p>	<p>RIESGO 30</p> <p>Afectación reputacional por procesos disciplinarios o penales por órganos de control causado por el funcionario que omite investigar disciplinariamente o decida absolver de una sanción a un funcionario que cometió una falta disciplinaria recibiendo beneficios económicos o dadas a cambio, o por aprovechamiento de los lazos afectivos existentes entre los funcionarios de una misma entidad para no sancionar al funcionario infractor o por presión que un funcionario ejerza sobre otro que tenga menos poder.</p>	<p>El jefe de la oficina jurídica llevará cada vez que se allegue una queja o se haga una actuación en un proceso disciplinario con el fin de tener un sistema ordenado un control del número de quejas o procesos disciplinarios recibidos, a su vez realizará notificación a la Procuraduría y/o Personería para que esta conozca y decida si quiere hacer uso del poder preferente de conocer la investigación, estas notificaciones se revisaran mensualmente para evitar omisiones. Queda como evidencia el libro radicador llevado de manera digital.</p> <p>Se revisará por parte del comité, cada uno de las quejas recibidas, a fin de determinar la atención dada a la misma, para lo cual citará cada uno de los intervinientes de la situación y dejará constancia de la reunión que se lleven a cabo, para evitar pasar por alto la importancia de cada funcionario y de la labor de la oficina.</p>	<p>0</p>	<p>El jefe de la oficina jurídica semestralmente realizará capacitaciones sobre la ley 734 de 2002 y demás normas que regulen la materia, para fortalecer y actualizar conocimientos a los miembros del grupo de control disciplinario, y en caso de actualización o cambio en la legalización se capacitará nuevamente a los funcionarios.</p> <p>Realizar radicación manual y digital de los procesos disciplinarios adelantados por la entidad y el estado en los que estos se encuentran.</p> <p>Realizar Comunicación a la personería y Procuraduría para el ejercicio del poder preferente y comunicaciónes al tribunal de Ética Médica.</p>	<p>Jefe Oficina Asesora Jurídica</p>	<p>Semestral (capacitaciones) Radicación y Comunicación a Personería y Procuraduría a cada vez que se presente.</p>	<p>04-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>	<p>Verificada las evidencias, se reporta que para las capacitaciones no se requirió de dicha actividad toda vez que el único miembro del grupo de control disciplinario es el mismo jefe de la oficina jurídica. Se adjunta cuadro en Excel, mediante el cual se lleva el control de los procesos disciplinarios adelantados por la entidad. se reporta que a la fecha no se ha tenido que realizar comunicaciónes a tribunal de Ética Médica</p>
---	---	---	----------	--	--------------------------------------	--	------------------	------------------	---