

	COMUNICACIONES		Elaboro	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

1300-39.01
CI- 016

Bucaramanga, 16 de Enero de 2020

Firma _____
Radicado: 00000227
Enviado: 16/01/2020 - 4:20 p.m.
abenitez
ESE ISABU



Señores

E.S.E. ISABU

Atte. Dr. JUAN EDUARDO DURAN DURAN

Gerente E.S.E. ISABU

Atte. Dr. CRISTIAN EDUARDO CEPEDA RINCON ✓

Jefe Oficina Asesora de Planeación

Ciudad

ASUNTO: SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO III CUATRIMESTRE DE 2019.

Respetuoso saludo:

Cordialmente me permito presentar el consolidado del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) y Mapa de Riesgos de Corrupción correspondiente al seguimiento III cuatrimestre de 2019 periodo comprendido (01 de septiembre al 31 de Diciembre de 2019) para el cual se realizó la revisión a cada uno de sus componentes en el cumplimiento de las acciones para mitigación del riesgo.

Sin otro particular.

Atentamente,


CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

Anexo: Quince (15) folios

P/E: Vianey González Gamarra

ESE-ISABU AVANZANDO CON LOS CIUDADANOS

UIMIST
Carrera 21 Calle 12-02 San Francisco
Conmutador:6973009-6719613
Web: www.isabu.gov.co
Bucaramanga, Departamento de Santander, Colombia

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

Seguimiento III Oficina Control Interno						
Fecha seguimiento: 31/12/2019						
Fecha de Publicación: 16/01/2020				Vigencia: 2019		
COMPONENTE 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción						
Subcomponente	Actividades Programadas	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	% de avance	Observaciones
Subcomponente /proceso 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción	1.1 Socializar la Política de Gestión de Riesgos	Página WEB, correos electrónicos, carteleros o presencial ISABU	Planeación	30/03/2019	100%	Se actualizó la política de Gestión de Riesgo para la ESE ISABU, el 25 de mayo de 2018, el cual deroga la Resolución No. 0248 del 17 de octubre de 2017, quedando la resolución No. 0209 de 2018 y publicada en la Web Institucional. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
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	15/01/2019	100%	Se consolida y publica en la página web institucional el mapa de riesgos de corrupción vigencia 2019 por parte de la oficina de planeación. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	2.2 Consolidar la matriz de riesgos de corrupción	Matriz de Riesgos de corrupción consolidada	Planeación	30/01/2019	100%	Se consolidada la Matriz de Riesgos de corrupción incluida en el PAAC y subida a página WEB institucional, oportunamente por parte de la oficina de Planeación. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
Subcomponente /proceso 3 Consulta y divulgación	3.1 Socializar la política de gestión riesgos en pagina web	Política de gestión de Riesgos socializada	Planeación	30/04/2019 31/08/2019 31/12/2019	100%	Se realizó actualización de la política de gestión de riesgos y su publicación en la página web institucional, e igualmente se socializó a través de grupos primarios.
	3.2 Realizar consulta a cliente interno, externo y comunidad sobre los riesgos de corrupción	Resultados de la consulta realizada a la comunidad	SIAU-Planeación	30/03/2019	100%	Se realiza consulta de encuestas de percepción. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	3.3 Publicar en la pagina web la matriz de riesgos de corrupción	Matriz de riesgos de corrupción publicada	Planeación	31/01/2019	100%	Se publicó oportunamente la matriz de riesgo de corrupción en la pagina web, dentro del PAAC, en enero de 2019. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	3.4 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	15/05/2019 13/09/2019 16/01/2020	100%	Se realizará la publicación del Informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción el día 16 de Enero de 2020, obrando dentro del termino normativo establecido, estrategia PAAC versión 2 - 2015.
Subcomponente /proceso 4	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	08/05/2019 09/01/2020	100%	Se evidencia registros para la mitigación de riesgos de corrupción enviados por los responsables a la Oficina de Control Interno en cumplimiento del PAAC.

Monitoreo o revisión	4.2	Calcular y reportar indicador de riesgo	Indicador de riesgo reportado	planeación	08/08/2019 06/09/2019 09/01/2020	100%	Se evidencia reporte ficha indicador de riesgo correspondiente al primero, segundo y tercer cuatrimestre de 2019, donde se da cumplimiento al seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo por parte de la oficina asesora de Planeación.
Subcomponente/ Seguimiento	5.1.	Verificar evidencias de la gestión de riesgos de corrupción	Evidencias confirmadas	Control interno	13/05/2019 11/09/2019 14/01/2020	100%	Se realizó seguimiento al mapa de riesgos de Corrupción mediante la verificación de las evidencias enviadas por cada uno de los líderes de proceso y es presentado mediante informe consolidado PAAC.
	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	14/05/2019 12/09/2019 15/01/2020	100%	Se realizó informe cuatrimestral del seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción y se publicó en la Web Institucional dando cumplimiento a lo normado.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Seguimiento III Oficina Control Interno

Fecha seguimiento: 31/12/2019

Fecha de Publicación: 16/01/2020

Vigencia: 2019

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	Actualización ampliación de puntos de atención en página SUIT para trámite: Asignación de cita para la prestación del servicio de salud	Página del SUIT actualizada en lo referente a ampliación puntos de red para el trámite: Asignación de cita para la prestación del servicio de salud, como resultado de la construcción del Sistema de Salud de cita en Web que permitirá a los Ciudadanos solicitar las citas sin necesidad de desplazarse a la entidad.	Planeación	31/07/2019	100%	Se evidencia Página del SUIT actualizada en lo referente a ampliación puntos de red para el trámite de asignación de citas web, la cual fue divulgada a la comunidad en medios de comunicación y redes sociales con el fin de que los Ciudadanos puedan solicitar las citas sin necesidad de desplazarse a la entidad. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)
	2.2	Actualización en Disminución tiempo de Respuesta Trámite Examen de laboratorio Clínico en ppágina SUIT.	Página del SUIT actualizada en lo referente a disminución de tiempos de Respuesta tramite de Examen de Laboratorio Clínico de la mejora en los procesos internos de personal.	Planeación	31/12/2019	100%	Se registra en la vigencia control de tiempos de Respuesta en referencia a trámite de Exámenes de Laboratorio Clínico lo cual mejora los procesos internos de personal.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Seguimiento III Oficina Control Interno

Fecha seguimiento: 31/12/2019

Fecha de Publicación: 16/01/2020

Vigencia: 2019

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	07/02/2019	100%	Se conformó en las socializaciones de CIGD (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	1.2	Identificar necesidades de información y valorar información actual	Encuesta aplicada a la ciudadanía para rendir cuentas en temas prioritarios	SIAU	27/03/2019	100%	Se realizó reunión con los usuarios para propuestas elaboración PAAC, y como producto se presenta informe de necesidades y expectativas de los usuarios. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	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	28/06/2019	100%	Se evidencia revisión en comites y socializaciones de las actividades estrategia APRdC, y publicación en pagina web de la estrategia APRdC. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)
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 2019	Plan de rendición de cuentas socializado	Equipo Multidisciplinario Rendición de Cuentas	15/03/2019	100%	Se elaboró estrategia y cronograma institucional 2019 de rendición de cuentas. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	2.2	Definir capacidad operativa y disponibilidad de recursos	Logística definida	Planeación - G.Financiera	15/02/2019	100%	Se evidenció la planificación y desponibilidad de recursos con gestión financiera para la realización del del evento de Audiencia de Rendición de Cuentas el 6 de Junio de 2019. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	2.3	Desarrollar acciones para promover y realizar el dialogo con organizaciones ciudadanos y ciudadanía.	Estrategias para promover el dialogo de doble via	SIAU	28/02/2019	100%	Se evidencia invitaciones participación renovación de alianza de usuarios. Se evidencia registros fotográficos, anexan planillas datos alianza nueva 2019-2021. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)

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	29/03/2019	100%	Se realizó reunión de capacitación sobre rendición de cuentas y se expidieron comunicaciones. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	3.2	Convocar a todas las partes interesadas para contar con su participación en la Audiencia Pública de Rendición de cuenta	Convocatoria realizada	Planeación	15/03/2019 15/06/2019 15/09/2019 15/12/2020	100%	Se estan enviando las invitaciones para la audiencia publica, a Lideres comunales, veedores, y alianzas de usuarios ya que la fecha de rendición por reglamento fue trasladada para el 6 de junio de 2019, e igualmente se divulgo invitación a traves de página WEB y Facebook (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	3.3	Socializar y visibilizar la información	Estrategia de comunicación del ISABU	Planeación	Mensual	100%	Se realizaron publicaciones en pagina web 2 boletines quincenales, lo cual permitió la socialización y visibilización de la información a la comunidad en general.
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	12/04/2019 15/05/2019 15/06/2019 15/10/2019 09/01/2020	100%	La oficina de planeación está realizando los seguimientos a cada una de las actividades programadas. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)
	4.2	Realizar evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional	Informe de evaluación del plan de gestión gerencial	Planeación	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 10/01/2020	100%	Se realiza informe de gestión al Concejo Municipal tercer y cuarto trimestre 2019
	4.3	Elaborar informe de resultados, logros y dificultades	Informe de resultados, logros y dificultades	Planeación	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 10/01/2020	100%	Se presentó informe de gestión logros y dificultades de la entidad correspondiente al tercer y cuarto trimestre de 2019.
	4.4	Diseñar planes de mejoramiento de rendición de cuentas	Plan de mejoramiento de la estrategia de rendición de cuentas	Planeación	20/05/2019 20/11/2019	100%	Acción que se cierra, ya que no se generó Plan de Mejoramiento para la estrategia de Rendición de Cuentas vigencia 2018 la cual fue realizada el 6 de Junio de 2019, de acuerdo al Informe de Evaluación Audiencia Pública de rendición de cuentas realizado por la Oficina de Gestión y Control Interno. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Seguimiento III Oficina Control Interno

Fecha seguimiento: 31/12/2019

Fecha de Publicación: 16/01/2020

Vigencia: 2019

Componente 4: Servicio al Ciudadano

Subcomponente	Actividades Programadas	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	% de avance	Observaciones	
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1	Dar cumplimiento al procedimiento de Atención al Usuario en la ESE ISABU	Procedimiento en ejecución	SIAU	29/03/2019	100%	Se evidencia procedimiento atención al usuario PQR, y procedimiento apertura de buzones. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	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	29/04/2019	100%	Boletines periodicos de PQR's publicados con las oportunidades de mejoras en la prestación del servicio. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	1.3	Medir a través de indicadores los tiempos de atención al usuario	Indicador Tiempo de atención usuario medido	SIAU	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 09/01/2020	100%	Se evidencia medición de oportunidad y atención al usuario en informe SIAU consolidado con corte a diciembre 31 de 2019.
	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	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 09/01/2020	100%	Se evidencia resultados en encuestas de satisfacción a usuarios en informe SIAU consolidado con corte a diciembre 31 de 2019
	2.1	Garantizar el funcionamiento de la ventanilla Única para el trámite de historias clínicas, defunciones y natalidad	Ventanilla implementada en UIMIST y HLN	Planeación	31/05/2019	100%	Se evidencia funcionamiento de ventanillas unicas de tramites de la E.S.E. ISABU e informes de fechas febrero a agosto de 2019 a la oficina asesora de Planeación de los requerimientos acceso historias clinicas y electrónicas solicitadas por los usuarios. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)
	2.2	Continuar implementando en la página web de La ESE ISABU , el link para radicación de PQRS	Link radicación de PQRS funcionando	Planeación	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 09/01/2020	100%	De acuerdo a seguimiento realizado por la OCI se evidencia en página web de la entidad la implementación y funcionamiento del link para PQRS.

Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	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	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 09/01/2020	100%	Se evidencia canales de atención y participación ciudadana en la página Web anuncios publicitarios y carteleras institucionales, con el fin de informar los diferentes temas a la comunidad.
	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	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 09/01/2020	100%	Se realizó informe con tiempo de respuesta de PQRS oficina del SIAU segundo Semestre de 2019
	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	30/05/2019 30/09/2019	100%	Se realizaron reuniones internas con el personal de la E.S.E. ISABU con el fin de promover los protocolos, establecidos en las diferentes políticas.
	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	30/05/2019 30/09/2019	100%	Se evidencia cuadro en excell donde realizan el seguimiento a las Pqrs de la entidad.
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	30/04/2019	100%	Se evidencia la implementación de mecanismos para recopilar y medir las expectativas y necesidades de los usuarios a través de pqr. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	3.2	Fortalecer el proceso de formación y capacitación en temas de servicio al ciudadano, dirigido a los colaboradores del ISABU con funciones de servicio y atención a través de la creación de un documento orientador en temas de humanización	Documento orientador en temas de humanización socializado	Talento Humano SIAU	01/06/2019	100%	Se evidencia documento orientador de satisfacción al cliente y folleto de servicio al cliente como estrategia de servicio al cliente de la E.S.E. ISABU, el cual fue socializado según registro de asistencia de los meses abril, mayo y junio de 2019. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)

	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 2019	Talento Humano	20/03/2019	100%	La entidad cuenta con el Plan Bienestar de incentivos vigencia 2019. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
Subcomponente 4 Normativo y procedimental	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 G.Juridica	28/02/2018	100%	Se evidencia actualización Procedimiento de con su respectivo marco normativo. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	4.2	Incluir análisis cualitativo en los informes de PQRSD del ISABU, identificando oportunidades de mejora en la prestación del servicio	Boletines periódicos de PQRSD publicados con las oportunidades de mejora en la prestación del servicio	SIAU	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 09/01/2019	100%	Se realizó informe de PQRSD en el que se identificaron las oportunidades de mejora en la prestación del servicio de la ESE ISABU, segundo semestre 2019.
	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	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 09/01/2020	100%	Se evidencia por parte de la OCI en página web avisos de privacidad de la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales.
	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	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 09/01/2020	100%	Se evidencia funcionamiento de carteleras virtuales en los centros de salud de la ESE ISABU para el tercer cuatrimestre 2019, lo cual garantiza la difusión de contenidos relacionados con los derechos y deberes de los ciudadanos, tramites, horarios y canales de atención.
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	15/04/2019 15/07/2019 15/10/2019 09/01/2020	100%	Se evidencia resultados en encuestas de satisfacción a usuarios en informe SIAU consolidado correspondiente al segundo semestre de 2019

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Seguimiento III Oficina Control Interno

Fecha seguimiento: 31/12/2019

Fecha de Publicación: 16/01/2020

Vigencia: 2019

Componente 5: 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 Hacer un diagnostico inicial para el inicio de la vigencia sobre el cumplimiento de la ley 1712 del 2014 Transparencia y Acceso a la información	Evaluar el nivel de cumplimiento de la ley 1712 del 2014, mediante el diligenciamiento de la matriz de Autodiagnostico desarrollada por la procuraduría	Planeación	10/04/2019	100%	Se evidencia la matriz de autodiagnostico donde se evalúa el nivel de cumplimiento de la ley 1712 del 2014, mediante el Diligenciamiento de la matriz de Autodiagnostico , desarrollada por la procuraduría. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	1.2 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	Planeación	10/04/2019 10/07/2019 10/10/2019 09/01/2020	100%	Se actualiza de manera permanentemente toda la información publicada en el link, de transparencia y acceso a la información, dando cumplimiento con lo establecido en la ley 1712 del 2014
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1 Revisar y actualizar el procedimiento interno de derechos de petición, sugerencias y reclamos para alinearlos de acuerdo a la ley 1712 del 2014, decreto 1081 del 2015 y política de servicio al ciudadano MIPG	Procedimiento de PQRS actualizado en cumplimiento de ley y políticas asociadas a MIPG	SIAU Jurídica	28/02/2019	100%	Se cuenta con el procedimiento interno de derechos de petición, sugerencias y reclamos, se alineó de acuerdo a la ley 1712 del 2014. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	2.2 Publicar las estadísticas de consultas o solicitudes por parte de los ciudadanos	Publicación de estadísticas de consultas y solicitudes	SIAU Jurídica	28/02/2019	100%	Se presenta informe de Pqrs a fecha 01 abril 2019 (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)

Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1	Elaboración y/o actualización en un 40% de los instrumentos de gestión de la información de la ESE ISABU, de acuerdo con la ley 1712 del 2014 y política gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta elaboración y/o actualización de los instrumentos de gestión de la información de la ESE ISABU	Gestión Documental	10/05/2019 30/09/2019	100%	Se elaboró, actualizó y se encuentra publicada en la página web institucional los instrumentos de gestión de la información de la E.S.E ISABU
	3.2	Elaboración y/o actualización de un 40% del programa de Gestión Documental de acuerdo a los lineamientos del decreto 2609 de 2012 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	10/09/2019	100%	Se dio comienzo al programa de gestión documental de la E.S.E ISABU.
	3.3	Elaboración y/o actualización del Registro o inventario de activos de información de la ESE en un 30% , conforme a la política de gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta del Registro o inventario de activos de la información	Gestión Documental	10/05/2019 30/09/2019	100%	Con respecto a Instrumentos de Transparencia se elaboró el Formato y Registro Inventario de Activos de información de la E.S.E ISABU requerido por la Ley de Transparencia, Ley 1712 de 2014, el cual se encuentra publicada en la página web institucional.
	3.4	Elaboración y/o actualización del esquema de publicación de información para la ESE ISABU en un 30% conforme a política de gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta del esquema de publicación	Gestión Documental	10/05/2019 30/09/2019	100%	Se elaboró conforme a los instrumentos de transparencia el Formato y Registro Esquema de publicación de Información requerido por la Ley de Transparencia, Ley 1712 de 2014, el cual se encuentra publicada en la página web institucional.
	3.5	Elaboración y/o Actualización del índice de información clasificada y reservada de la ESE ISABU en un 30% conforme a política de gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta del índice de información clasificada y reservada	Gestión Documental	10/05/2019 30/09/2019	100%	Se elaboró conforme a los instrumentos de transparencia el Formato y Registro del índice de Información Clasificada y Reservada de la E.S.E. ISABU requerido por la Ley de Transparencia, Ley 1712 de 2014, el cual se encuentra publicada en la página web institucional.
	3.6	Publicación en la página WEB de la ESE ISABU de los Instrumentos de gestión de la información	Pantallazos de la pagina WEB de los instrumentos de gestión de la Información	Planeación	10/10/2019	100%	Se evidencian pantallazos de pagina web la publicación de los instrumentos de gestión de la información. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)
	4.1	Realizar un diagnóstico a la página WEB de la ESE ISABU, para valorar la accesibilidad a esta por parte de los ciudadanos	Diagnóstico de accesibilidad WEB elaborado	Area de comunicaciones	30/06/2019	100%	Se evidencia informe diagnostico página web, donde se evidencian publicaciones, canales de comunicación, estadísticas dadas por la página web a 28 de agosto de 2019. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)

Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	4.2	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 (1) comunicación con contenidos en lenguaje con enfoque diferencial	Planeación	20/04/2019	100%	Se realizó video con accesibilidad a población discapacitada con lenguaje de enfoque diferenciada. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL PRIMER CUATRIMESTRE)
	4.3	Adelantar una campaña de socialización para los accesos a espacios públicos para la población en condición de discapacidad mínimo en 3 sedes	Campaña de acceso a espacios públicos adelantada	Planeación	30/03/2019 30/06/2019	100%	Con videos informativos a la comunidad se mostró las remodelaciones en los centros de salud para el acceso para la población en condición de discapacidad. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)
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 Seguimiento Mensual	Lider TICS	Ultimo días mes	100%	Se evidencia informe diagnostico página web, donde se evidencia reporte estadístico de acceso de los ciudadanos a la página web institucional tercer cuatrimestre 2019.
	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 Elaborados	SIAU	15/04/2019 15/07/2019 15/10/2019 15/01/2020	100%	Se evidencia informe, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias PQRS, correspondiente al segundo semestre 2019.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Seguimiento III Oficina Control Interno

Fecha seguimiento: 31/12/2019

Fecha de Publicación: 16/01/2020

Vigencia: 2019

Componente 6: Iniciativas Adicionales

Subcomponente	Actividades Programadas	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	% de avance	Observaciones
1.1	Socializar en la página WEB de la entidad el código de Integridad	Código de Integridad Socializado en página WEB	Jurídica	15/04/2019 15/07/2019 15/10/2019 15/01/2020	100%	Se realizó verificación en página web la publicación del Código de integridad, dando cumplimiento al MIPG. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)

Subcomponente 1 Iniciativas Adicionales	1.2	Definir los canales y las metodologías que se emplearán para desarrollar las actividades de implementación del Código de Integridad.	Programa de socialización y adherencia del código de integridad de la ESE ISABU	Jurídica	15/04/2019 15/07/2019 15/10/2019 15/01/2020	100,0%	En reunión realizada según acta del 30 de agosto de 2019, se definieron los canales y metodología para la implementación del código de integridad plantear las estrategias de inducción y reinducción de los servidores públicos, se definen roles y responsabilidades y se establece cronograma de actividades para la implementación del código de integridad.
	1.3	Evaluación de la adherencia al código de integridad, servidores y contratistas ESE ISABU	Programa de Inducción o reinducción que contemple socialización y adherencia a el código de Integridad	Talento Humano Jurídica	29/03/2019	100%	Mediante acta de fecha 30 de enero de 2019 se elabora el cronograma de actividades para socialización del código de integridad, Se realizó evaluación de la adherencia al código de integridad a servidores y contratistas ESE ISABU. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)
	1.4	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 integridad de la ESE ISABU	Talento Humano SIAU	30/06/2019	100%	Se realizaron encuestas a través del link https://docs.google.com/forms/d/e/ con el fin de evidenciar si los servidores han apropiado los valores del código de integridad. Se evidencia informe evaluación de las estrategias de comunicación del código de integridad, de acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta de adherencia del Código de Integridad, el cual arrojó como conclusión la ampliación de los canales de divulgación del código de integridad, programación de nuevas capacitaciones y socializaciones con el fin de alcanzar mayor adherencia. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)
	1.5	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 a el código de Integridad	Talento Humano	29/03/2019	100%	Mediante acta de fecha 30 de enero de 2019 se elabora el cronograma de actividades para socialización del código de integridad, Se realizó evaluación de la adherencia al código de integridad a servidores y contratistas ESE ISABU. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL SEGUNDO CUATRIMESTRE)

CONCLUSIÓN:

La oficina de Control Interno encuentra que hay un cumplimiento de las actividades programadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, y Mapa de Riesgos de Corrupción lo cual hace parte de la política de transparencia, participación y servicio al ciudadano, conforme al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, que articula el quehacer de las entidades, mediante el lineamiento de las políticas de desarrollo administrativo, monitoreo y evaluación de los avances en gestión institucional y sectorial. De lo evaluado, correspondiente al tercer cuatrimestre de la vigencia 2019, se concluye que de manera general los procesos cumplen con las acciones establecidas en aras de mitigar los riesgos de corrupción.


CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
 Jefe Oficina de Control Interno

**MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN
INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
INFORME DE SEGUIMIENTO III CUATRIMESTRE DE 2019**

PROCESO / OBJETIVO	No	RIESGO	OBSERVACIONES OFICINA DE GESTIÓN Y CONTROL INTERNO
GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO 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	1	Direccionamiento o ajuste de la necesidad, estudios previos y demás documentos de las etapas de planeación y selección del proceso de contratación, para favorecer a un tercero, omitiendo el cumplimiento del principio de selección objetiva (E. Precontractual)	Para el tercer cuatrimestre se allegan los siguientes soportes que contribuyen a la mitigación del riesgo: • Listas de chequeo de verificación documentación en contratos. • Formato requerimiento de necesidad a contratar y estudio previo empresas y ops. • Formato de verificación cumplimiento de requisitos de acuerdo al tipo de contratación a realizar. Se realizó la verificación de los soportes allegados a la oficina del control interno, para la mitigación del riesgo dando cumplimiento con las acciones propuestas.
	2	Posibilidad de recibir dinero o dadas por ocultar o manipular información relacionada con el direccionamiento estratégico, la cual imposibilite el cumplimiento de los objetivos institucionales para favorecer a terceros.	Se evidencia los siguientes anexos correspondientes a las acciones y actividades institucionales de interés público del III cuatrimestre dentro de las cuales tenemos: • Publicación página WEB de boletines institucionales y en redes sociales sobre las gestiones realizadas. • Informes de gestión I, II y III Trimestre 2019 presentado al concejo de Bucaramanga y Pantallazo socialización en página WEB informes de Gestión a entes de control, inspección y vigilancia y proyectos de inversión para conocimiento de la ciudadanía. • Se verificó en la página institucional de la Entidad la publicación del plan de acción y el Plan anticorrupción, igualmente se realizó la verificación de los soportes allegados.
	3	Riesgo de que terceros ejerzan presión sobre funcionarios públicos para la vinculación laboral de terceros buscando beneficio particular. Generado por influencias políticas o jerárquicas.	Se allegan los siguientes soportes que contribuyen a la mitigación del riesgo III cuatrimestre: • Formato requerimiento de necesidad a contratar y estudio previo empresas y ops. • Formato de verificación cumplimiento de requisitos de acuerdo al tipo de contratación a realizar, establecido en el estudio • Se evidencia socialización en página web del código de integridad. La oficina de control interno realiza revisión de los soportes allegados para la mitigación del riesgo dando cumplimiento con las acciones presentadas.
ATENCIÓN AL CIUDADANO Garantizar solución o respuesta oportuna, eficiente y eficaz a las necesidades del usuario con respecto a solicitud de servicios, información, peticiones, quejas o reclamos, de interés general o particular y medir la satisfacción del usuario, contribuyendo a apoyar y fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que presta la ESE ISABU en concordancia con su misión, dando cumplimiento a los requisitos del cliente, de ley y de la institución, con un tiempo de respuesta no superior a 15 días a las peticiones, quejas y reclamos.	1	La posibilidad de recibir dadas o beneficios a nombre propio o de terceros para realizar la asignación de citas u ocultar información referente a las PQRS que afectan al personal.	Se allegan los siguientes soportes que contribuyen a la mitigación del riesgo III cuatrimestre: • Se evidencia actas de apertura de buzón de los meses mayo, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2019 registrando las pqr recibidas. • Se evidencia pantallazos de publicación información de asignación de citas a los usuarios. Se evidencian planillas de capacitación y registros fotograficos agendamiento de citas web. La oficina de control interno realiza revisión de los soportes allegados para la mitigación del riesgo dando cumplimiento con las acciones presentadas.
PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO 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	1	Posibilidad que el funcionario de nómina reciba beneficios economicos por favorecimiento en pagos de nómina.	• Se evidencia informe de la liquidación de Nómina correspondiente al último trimestre de 2019 firmado por el contador de la Entidad. • Con respecto al código de integridad, la socialización está a cargo de la Oficina Asesora Jurídica para lo cual se evidenció que según acta de reunión del 30 de Agosto de 2019 se definieron los canales y metodología para implementar el código de integridad, plantear las estrategias de inducción y reintroducción de los servidores públicos en temas del código de integridad, definir roles y responsabilidades para la implementación y establecer el cronograma de actividades para la implementación del código de integridad.
GESTIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIOS Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición), Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.	1	Posibilidad que un profesional asistencial o auxiliar en complicidad con el supervisor cobre dineros por reporte de turnos u horas no laboradas en el servicio	Se realizó diariamente doble revisión de ordenes médicas y facturas de exámenes confrontando con el sistema de información del Laboratorio Annar Lab del HLN-UIIMIST. • Se realizó seguimiento diario a los registros eliminados. Se anexa evidencia de lista de chequeo de registro eliminados. Se evidencia cumplimiento en las acciones propuestas según anexos para el III cuatrimestre 2019.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN
INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
INFORME DE SEGUIMIENTO III CUATRIMESTRE DE 2019

PROCESO / OBJETIVO	No	RIESGO	OBSERVACIONES OFICINA DE GESTIÓN Y CONTROL INTERNO
GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS 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 / UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA (HLN/UIMIST) según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial.	1	Posibilidad de que el talento humano asistencial se apropie ilegalmente de los bienes, insumos médico-quirúrgicos o equipos biomédicos del Hospital Local del Norte y la UIMIST	<ul style="list-style-type: none"> Se verificó por parte de la oficina de control interno las acciones propuestas de acuerdo a los soportes allegados: Se anexa acta de reunión con el personal de fecha noviembre de 2019 tema control de mobiliario e insumos de la E.S.E ISABU, seguimientos según formato de seguimiento pacientes remitidos intra-extra institucional, formatos inventarios equipos móvil, reanimación, carro de medicamentos, carro de paro urgencias.
GESTIÓN DE INTERNACIÓN Garantizar el manejo pertinente, seguro y cálido a los usuarios que requieren del servicio de hospitalización para la recuperación de su salud, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, Cliente y de la ESE ISABU.	1	Posibilidad de que el talento humano asistencial se apropie ilegalmente de los bienes, insumos médico-quirúrgicos o equipos biomédicos del Hospital Local del Norte y la UIMIST	<ul style="list-style-type: none"> Se evidencia según anexos acta de reunión noviembre 2019. Se evidencian según soportes enviados controles en insumos hospitalarios, carro de paro, control ropa hospitalaria.
PROCESO GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS 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.	1	Posibilidad de que el médico tratante reciba dádivas o dinero adicional por realizar procedimientos diferentes a los facturados	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a las evidencias enviadas se evidencia informe seguimiento a cada riesgo en lo correspondiente a evidencias de auditoría aleatoria facturación de procedimientos realizados, hoja de gastos de medicamentos, registro entrega de turnos control de equipos, control de inventarios mobiliario y equipos biomédicos.
	2	Posibilidad de que el talento humano asistencial se apropie ilegalmente de los bienes, insumos médico-quirúrgicos o equipos biomédicos del Hospital Local del Norte y la UIMIST	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a las evidencias enviadas se evidencia informe seguimiento a cada riesgo en lo correspondiente a evidencias de auditoría aleatoria facturación de procedimientos realizados, hoja de gastos de medicamentos, registro entrega de turnos control de equipos, control de inventarios mobiliario y equipos biomédicos.
APOYO TERAPEUTICO 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.	1	Posibilidad que el profesional de Apoyo Terapeutico reciba dádivas o beneficio económico para prestar un servicio sin cumplir con los requisitos estipulados por la institución.	Según soportes recibidos correspondiente al III cuatrimestre del 2019 : <ul style="list-style-type: none"> En el III Cuatrimestre no hubo vinculación de profesionales en el área de rehabilitación. Listas de chequeo de las visitas aleatorias a los servicios de rehabilitación, UIMIST, HLN, C.S IPC, C.S Libertad, verificando cada uno de los ítems establecidos, de los meses de Septiembre, octubre, Noviembre y Diciembre de 2019. Se evidencia el cumplimiento a las acciones propuestas, medición de indicadores a 31 de diciembre de 2019.
APOYO DIAGNOSTICO Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Radiología, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.	1	Posibilidad que el Bacteriologo o auxiliar de laboratorio reciba dineros o dádivas para realizar exámenes de laboratorio sin estar facturados	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó diariamente doble revisión de ordenes médicas y facturas de exámenes confrontando con el sistema de información del Laboratorio Annar Lab del HLN-UIMIST, Se realizó seguimiento diario a los registros eliminados. Se anexa evidencia de lista de chequeo de registro eliminados. Se evidencia cumplimiento en las acciones propuestas según anexos para el III cuatrimestre 2019.
	2	Posibilidad que el Profesional de Radiología y Laboratorio Clínico cobre dineros por reporte de turnos no trabajados en el servicio	<ul style="list-style-type: none"> Se evidencian cuadro de turnos programados bacteriologos, rayos X, laboratorio. Se evidencia registro de verificación de horas laboradas. Se Anexo Registro de verificación de Horas laboradas, de esta manera se evidenció que el personal que labora en el área realizó y cobró las horas realizadas según cuadro de turnos estipulados, evitando cobrar dineros por reporte de turnos no trabajados en el servicio.
	1	Que el Tesorero General realice malos manejos con el dinero depositado en las cuentas bancarias tales como retiros no autorizados o autoprestamos	Se evidencia informe de conciliaciones bancarias de los meses agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2019 dando cumplimiento a las acciones de mitigación del riesgo.

**MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN
INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
INFORME DE SEGUIMIENTO III CUATRIMESTRE DE 2019**

PROCESO / OBJETIVO	No	RIESGO	OBSERVACIONES OFICINA DE GESTIÓN Y CONTROL INTERNO
GESTION FINANCIERA Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contraídas en 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.	2	Los facturadores de los centros de salud pueden apropiarse o usar para fines personales el dinero recaudado en efectivo generando riesgo de pérdida de recursos	Se verificó que en el tercer cuatrimestre se llevó a cabo revisión periódica del sistema de información y reporte de la relación de recibos de caja pendientes por consignar, se evidencian correos electrónicos., planilla control de recaudo.
	3	Destinación del dinero de caja menor para financiar gastos personales o gastos no autorizados por parte de los responsables.	Se evidencia arqueo de caja menor constituidas correspondiente al tercer cuatrimestre de la vigencia 2019, contribuyendo así a la mitigación del riesgo.
	4	El Tesorero puede favorecer a los proveedores en los pagos a cambio de dinero , regalos u otros beneficios	Según verificación de los soportes allegados se evidencia programación de pagos de los meses Junio, Julio y agosto de 2019, dando cumplimiento a las acciones de mitigación del riesgo.
	5	El auxiliar de tesorería puede perjudicar a la institución reduciendo el valor de las cuentas por pagar registradas generando y aplicando notas credito sin autorización, para beneficiar economicamente a un proveedor, a cambio de beneficios personales	Se realiza verificación de anexo de listado de notas debito de cuentas por pagar, de fecha mayo a agosto de 2019, septiembre a diciembre de 2019, cumpliendo con las acciones de mitigación del riesgo.
	PROCESO GESTIÓN JURÍDICA. Objetivo: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución.	1	Que el funcionario perteneciente al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión encargado de llevar adelante el proceso contractual reciba o solicite dinero o cualquier beneficio para a cambio realizar la adjudicación del contrato
2		Que el funcionario perteneciente al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión encargado de llevar adelante el proceso contractual reciba o solicite dinero o cualquier beneficio para facilitar que dos o más proponentes se pongan de acuerdo para que mediante la participación con propuestas económicas individuales amañar los precios de las ofertas y obtener ventajas en la calificación y así beneficiarse en la adjudicación de un contrato.	Se realizó capacitación a los supervisores, en tema adicionales lista de chequeo, se anexa formato de planilla de asistencia del personal a la capacitación.
3		Que el funcionario encargado de realizar la representación judicial de la entidad aproveche su posición para obtener beneficios económicos o dadas a cambio de conseguir que la entidad sea condenada en las demandas que se adelantan contra ella	Se evidencia Informe Procesos judiciales con corte a 31 de diciembre de 2019, evidenciándose control de procesos permitiendo el cumplimiento a las acciones de mitigación del riesgo.
4		Que el funcionario omita investigar disciplinariamente o decida absolver de una sanción a un funcionario que cometió una falta disciplinaria recibiendo beneficios económicos o dadas a cambio	Se elaboró radicador de procesos disciplinarios que permite dar cuenta del número de procesos adelantados por el grupo de control interno disciplinario y el estado en que se encuentran cada uno de ellos.
GESTION DEL AMBIENTE Y RECURSOS FISICOS Mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehiculos, muebles y enseres de la ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento toral 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.	1	Posibilidad de que el personal de bodega, de almacén ó cualquier funcionario se apropie indebidamente de los bienes de la Institución ó reciba algún beneficio económico para apropiarse de cualquier bien.	<ul style="list-style-type: none"> •Se realizó la asignación de activos fijos de la ESE Isabú en los meses septiembre, octubre, noviembre y diciembre por compra o donación, de acuerdo a lo establecido por cada oficina gestora. •Se firmó paz y salvo de las personas que tenían activos asignados, el cual reposa en la hoja de vida de cada funcionario verificando los datos de las personas que nos reportaron como salientes, así como el inventario asignado a cada uno de ellos, dando respuesta vía correo electrónico. <p>De acuerdo al seguimiento efectuado por la oficina de control interno efectivamente se evidenció formatos diligenciados de asignación de activos de los meses Septiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2019, formatos diligenciados solicitud de traslado activos fijos, y paz y salvos.</p>

**MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN
INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA
INFORME DE SEGUIMIENTO III CUATRIMESTRE DE 2019**

PROCESO / OBJETIVO	No	RIESGO	OBSERVACIONES OFICINA DE GESTIÓN Y CONTROL INTERNO
	2	Apropiación ilegal por parte del servidor público de un insumo médico quirúrgico, prevención y promoción, lavado de manos y/o papelería o que reciba cualquier beneficio económico para su bien personal ó para favorecer a un tercero.	<ul style="list-style-type: none"> •Se realizó en el último cuatrimestre de manera periódica toma física del inventario que se encuentra en bodega y la comparación con lo reportado en el sistema. •Se realizó la entrega inmediata de los insumos solicitados en el Hospital Local del Norte previa verificación de que se encuentran existencias de los insumos solicitados. En cuanto a los insumos solicitados por los diferentes Centros de salud y Uimist se verifica inmediatamente las existencias en bodega y se procede a solicitar al conductor asignado la entrega respectiva. •En el evento de que no exista el insumo se procede a informar al jefe de zona, con el compromiso de que una vez llegue el insumo se le envía. La revisión de los despachos es realizada por la Almacenista General. <p>Se evidencia solicitudes formatos de comprobantes de traslados, inventario a 31 de Diciembre de 2019</p>
GESTIÓN DE LAS TICS 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 Empresas Social del Estado Instituto de salud de Bucaramanga ESE ISABU.	1	Posibilidad de que cualquier persona reciba dinero o dadivas por vulnerar la seguridad del sistema y permitir el acceso o modificación o eliminación de datos para beneficiar a un tercero	•Se evidencia informe de reporte que genera automáticamente el Firewall, correspondiente al tercer cuatrimestre de 2019.
	2	Posibilidad de que cualquier contratista o empleado de ISABU cambie o robe partes de equipos o equipos de computo para venderlos y así obtener un beneficio económico.	•Se evidencia mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de computo correspondiente al lli cuatrimestre 2019, se anexa certificación del cumplimiento expedida por la empresa PC Ingenieros Ltda de fecha 31 de diciembre de 2019.
GESTION DOCUMENTAL Gestionar el documento con el fin de garantizar su adecuada distribución, trámite, organización, conservación y custodia con el proposito de disponer de la información oportunamente	1	Posibilidad de que el personal de apoyo de archivo reciba dinero o dadivas por intervenir las unidades documentales a su favor o de terceros)	<ul style="list-style-type: none"> •Se divulgó la Norma (Ley General de Archivos. Ley 594 de 2000) Mediante Circular No. 001 y 002 del día 26 de Abril de 2019. •Se realizaron dos Auditorias a Ventanilla de HC Electrónica y al Archivo Central de Historias Clinicas Fisicas sobre Acceso a Documentos y entrega de Información. •Se realizaron Capacitaciones al Personal Administrativo Gestión Documental de la Institución sobre Proceso y Procedimientos y en particular Acceso a Documentos e Inventarios Documentales contenidos en el Manual de Gestión Documental.
	2	Posibilidad de que el personal de apoyo de archivo reciba dinero o dadivas por la ubicación, falsificación o destrucción de un documento a favor de un tercero	<ul style="list-style-type: none"> •Se divulgó la Norma (Ley General de Archivos. Ley 594 de 2000) Mediante Circular No. 001 y 002 del día 26 de Abril de 2019. •Se realizaron dos Auditorias a Ventanilla de HC Electrónica y al Archivo Central de Historias Clinicas Fisicas sobre Acceso a Documentos y entrega de Información. •Se realizaron Capacitaciones al Personal Administrativo Gestión Documental de la Institución sobre Proceso y Procedimientos y en particular Acceso a Documentos e Inventarios Documentales contenidos en el Manual de Gestión Documental.
PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL Implementar el Plan Institucional de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares a través de la coordinación de actividades que garanticen el manejo y disposición adecuada de los residuos y preservación de los recursos naturales.	1	Posibilidad de que el Personal de servicios generales en conjunto con el personal que realiza la recolección de residuos hospitalarios (ordinarios, reciclables y peligrosos) reciban beneficios economicos o dadivas por alterar los datos de pesaje.	Se evidencian en el III cuatrimestre: <ul style="list-style-type: none"> • Diligenciamiento de formatos de auditorias anticorrupción aleatorias sobre el pesaje de recolección de residuos sólidos. • Actas de capacitaciones retroalimentación formatos RH1. • Se anexan registros lista de chequeo gestión ambiental.
CONTROL A LA GESTIÓN Evaluar la Gestion y ejecucion de los compromisos mediante Auditorias que permitan establecer el cumplimiento de los objetivos estrategicos, programas, proyectos y metas por medio de las Auditorias y de conformidad con la Normatividad Vigente.	1	Actos de Corrupción en cuanto que permitan el favorecimiento a particulares recibiendo dadivas o dineros a cambio de favorecer a un determinado interes ya sea público o privado.	• Se cumplieron con las acciones enmarcadas en la valoración del riesgo, dando cumplimiento al programa general de auditorias correspondiente a la vigencia 2019. Las auditorias se han presentado a la Gerencia y a los líderes de proceso responsables.


CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
 Jefe Oficina de Control Interno