

# **PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO “PAAC 2020” ESE-ISABU**

## Tabla de contenido

<b>1. OBJETIVO GENERAL</b> .....	4
<b>1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	4
<b>2 ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO</b> .....	4
<b>3 MARCO LEGAL</b> .....	5
<b>4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b> .....	8
<b>4.1 MISIÓN</b> .....	8
<b>4.2 VISIÓN</b> .....	8
<b>4.3 VALORES</b> .....	8
<b>5 COMPONENTES DEL PLAN</b> .....	11
<b>5.1 PRIMER COMPONENTE GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN:</b> .....	11
<b>5.1.1 PLAN DE ACCIÓN: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN</b> .....	12
<b>5.2 SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES</b> .....	12
<b>5.2.1 PLAN DE ACCION: ESTRATEGIA RACIONALIZACION DE TRÁMITES</b> .....	15
<b>5.3 TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS</b> .....	16
<b>5.3.1 PLAN DE ACCION: COMPONENTE RENDICIÓN DE CUENTAS</b> .....	17
<b>5.4 CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO</b> .....	18
<b>5.4.1 PLAN DE ACCION: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.</b> .....	19
<b>5.5 QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN</b> ...	20
<b>5.5.1 PLAN DE ACCION: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN</b> .....	21
<b>5.6 SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES</b> .....	22
<b>5.6.1 PLAN DE ACCION: INICIATIVAS ADICIONALES</b> .....	22
<b>6 SEGUIMIENTO:</b> .....	22
<b>7 ANEXOS</b> .....	23
<b>7.1 MAPA DE PROCESOS DE LA ESE ISABU</b> .....	23
<b>7.2 MATRIZ MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION CONSOLIDADO - ESE ISABU</b> .....	25

## INTRODUCCIÓN

El Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, comprometido con el objetivo de promoción de estándares de Transparencia y Lucha contra la corrupción, está regido por una serie de principios, valores y comportamientos, que consolidan su cultura institucional mediante un continuo aprendizaje y la participación de todo el personal de la institución el cual adelanta acciones que contribuyen a una gestión transparente, a preservar la ética empresarial, a administrar eficientemente sus recursos, a reconocer y a respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas, generando así cercanía, confianza y seguridad a los ciudadanos

De esta manera, la ESE ISABU ha diseñado la estrategia del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2020, enfocándose en la transparencia en la prestación de servicios con calidad, la satisfacción de los ciudadanos, la mejora continua y la gestión institucional, expandiendo el proceso con una mirada enfocada en el fortalecimiento de la comunicación interna que permita generar interacción y fluidez en la información de acuerdo al marco normativo vigente, las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, toda vez que permitirá priorizar los temas que serán materia de seguimiento para el control de la corrupción de la entidad, con el objetivo de optimizar el desempeño de la administración.

Se implementarán acciones que permitan mejorar la eficiencia de la gestión, el uso de recursos, y la generación de instrumentos que logren el ahorro de costos y tiempo a la ciudadanía a la hora de realizar un trámite, permitiendo dar respuesta oportuna a los requerimientos generados por parte de los ciudadanos.

De esta forma el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2020, busca aunar esfuerzos interinstitucionales en aras de garantizar el goce efectivo de derechos y deberes a través de los siguientes componentes:

1. Mapa de Riesgos de Corrupción
2. Racionalización de trámites
3. Rendición de cuentas
4. Mecanismos para mejorar la atención del ciudadano
5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información
6. Iniciativas Adicionales

Estos componentes evidencian el compromiso con la participación ciudadana, generando espacios para el acercamiento, conocimiento e intervención en la administración pública y cuyo contenido presentamos para su conocimiento y fines pertinentes.

## 1. OBJETIVO GENERAL

Implementar acciones de prevención, control y seguimiento que contribuyan a la lucha contra la corrupción a través del establecimiento de lineamientos que permitan desarrollar estrategias y actividades concretas de anticorrupción, de conformidad con los principios enunciados en la Constitución Política, código de integridad, código de ética y buen gobierno y demás normas vigentes orientándose hacia una gestión íntegra y transparente, con principios y valores éticos frente a todos sus grupos de interés.

### 1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción, determinando los riesgos de corrupción y los procesos o áreas más susceptibles o vulnerables frente al riesgo, estableciendo las conductas en las que pueden incurrir, e incorporar las acciones preventivas, seguimiento y control en los respectivos mapas de riesgos acorde a la metodología implementada por la ESE ISABU.
- Optimizar los recursos físicos y tecnológicos con el fin de generar trámites en línea, simplificándolos, racionalizándolos y automatizándolos para mitigar posibles hechos de corrupción en los trámites y así acercar a la Ciudadanía a los servicios que presta la entidad, de manera simple y con un sistema de información eficiente.
- Fortalecer las publicaciones de página web de la entidad, con información de calidad y en lenguaje comprensible para todos y todas.
- Fortalecer la participación ciudadana como un proceso de retroalimentación con la comunidad que permita optimizar la gestión y la prestación del servicio a la ciudadanía, mejorando la calidad y accesibilidad de la información, los trámites y servicios de la administración.
- Efectuar la rendición de cuentas de manera permanente, como estrategia de visibilización de la gestión de la entidad y fortalecimiento del control social.

## 2 ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

Los lineamientos, estrategias, mecanismos, y gestión de riesgos de lucha contra la corrupción, establecidos en el presente documento, serán de riguroso cumplimiento y aplicabilidad por todos los procesos, áreas y colaboradores del Hospital Local del Norte y demás centros de Salud que conforman la E.S.E ISABU de Bucaramanga.

### 3 MARCO LEGAL

<b>LUCHA CONTRA LA CORRUPCION</b>	Constitución Política de Colombia	Art. 23,90,122,123, 124,125,126,127,128,129,183, 184,209 y 270	En el marco de la constitución de 1991 se consagraron principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia. De igual forma dio gran importancia a la participación de la ciudadanía en el control de la Gestión Pública y estableció la responsabilidad patrimonial de los servidores públicos
	Ley 80 de 1993	Art.	Por el cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. En su articulado establece causales de inhabilidad e incompatibilidad para participar en licitaciones o concursos para contratar con el estado, adicionalmente también se establece la responsabilidad patrimonial por parte de los funcionarios y se consagra la acción de repetición
	Ley 489 de 1998	Art. 18	Establece la supresión y simplificación de trámites como política permanente de la administración pública
		Art. 32	Democratización de la Administración pública.
	Ley 734 del 2002		Por el cual se expide el código disciplinario único. En dicho código se contemplan como faltas disciplinarias las acciones u omisiones que lleven a incumplir los deberes del servidor público, a la extralimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones, a incumplir las normas sobre prohibiciones; también se contempla el régimen de inhabilidades e incompatibilidades, así como impedimentos y conflicto de intereses, sin que haya amparo en causal de exclusión de responsabilidad de acuerdo con lo establecido en la misma ley
	Ley 819 de 2003		Por el cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones
	Ley 850 del 2003		Por medio del cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores
	Ley 909 de 2004		Por el cual se expiden normas, que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones

METODOLOGÍA PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	Art. 73	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. La metodología para construir esta estrategia está a cargo del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, —hoy Secretaría de Transparencia—.
	Decreto 4637 de 2011 Suprime un Programa Presidencial y crea una Secretaría en el DAPRE	Art. 4°	Suprime el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción.
		Art. 2°	Crea la Secretaría de Transparencia en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.
	Decreto 1649 de 2014 Modificación de la estructura del DAPRE	Art. 55	Deroga el Decreto 4637 de 2011.
		Art. 15	Funciones de la Secretaría de Transparencia: 13) Señalar la metodología para diseñar y hacer seguimiento a las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano que deberán elaborar anualmente las entidades del orden nacional y territorial.
Decreto 1081 de 2015 Único del sector de Presidencia de la República	Arts .2.1.4.1 y siguientes	Señala como metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.	
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	Decreto 1081 de 2015	Arts.2.2.22.1 y siguientes	Establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
TRÁMITES	Decreto 1083 de 2015 Único Función Pública	Título 24	Regula el procedimiento para establecer y modificar los trámites autorizados por la ley y crear las instancias para los mismos efectos.
	Decreto Ley 019 de 2012 Decreto Antitrámites	Todo	Dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

Fuente: Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015, pag 6-7

TRÁMITES	Ley 962 de 2005 Ley Antitrámites	Todo	Dicta disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO (MECI)	Decreto 943 de 2014 MECI	Arts. 1 y siguientes	Adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI).
	Decreto 1083 de 2015 Único Función Pública	Arts. 2.2.21.6.1 y siguientes	Adopta la actualización del MECI.
RENDICIÓN DE CUENTAS	Ley 1757 de 2015 Promoción y protección al derecho a la Participación	Arts. 48 y siguientes	La estrategia de rendición de cuentas hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública	Art. 9	Literal g) Deber de publicar en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS	Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	Art. 76	El Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción debe señalar los estándares que deben cumplir las oficinas de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos de las entidades públicas.
	Decreto 1649 de 2014 Modificación de la estructura del DAPRE	Art. 15	Funciones de la Secretaria de Transparencia: 14) Señalar los estándares que deben tener en cuenta las entidades públicas para las dependencias de quejas, sugerencias y reclamos.
	Ley 1755 de 2015 Derecho fundamental de petición	Art. 1°	Regulación del derecho de petición.

## 4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO



HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

### 4.1 MISIÓN

Somos una empresa social del estado de orden municipal, organizada estratégicamente en red, que presta servicios de primer y segundo nivel, con enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención y maternidad segura, promoviendo el autocuidado, hábitos de vida saludables, con talento humano calificado y comprometido, trato humanizado, vocación docencia servicio, infraestructura tecnológica y física competitiva, amigable con el medio ambiente, para la población del municipio de Bucaramanga en su área urbana y rural..

### 4.2 VISIÓN

Para el año 2023 la ESE ISABU avanzará en acreditación, seremos líderes en atención primaria en salud, promoción y prevención, enfoque de gestión sostenible, fortalecidos en telemedicina, con tecnología de punta y responsabilidad social, garantizando mayor cobertura y accesibilidad a toda la población de Bucaramanga y su área de influencia.

### 4.3 VALORES INSTITUCIONALES

Nuestros valores están enfocados en orientar nuestro comportamiento en pro del compromiso que tenemos con nuestros usuarios y sus familias, nuestros colaboradores promoviendo su integración y un ambiente laboral agradable.

- **RESPECTO:** Los empleados de la ESE ISABU, profesarán el respeto por sí mismo, por la profesión, por el trabajo que se hace, por las normas y conductas personales y sociales que impone la naturaleza humana, la comunidad y la sociedad. De igual manera serán conscientes del reconocimiento y legitimación del otro en sus derechos, deberes y diferencias culturales, sociales y de pensamiento. Somos respetuosos cuando reconocemos, aceptamos y valoramos los Derechos Humanos y Constitucionales de nuestros compañeros y de los ciudadanos, y les brindamos un trato digno, independientemente de sus diferencias de opinión y niveles de jerarquía.
- **HONESTIDAD:** Los empleados de la ESE ISABU actuarán con pudor, decoro y recato en cada una de sus actuaciones y tendrán en cuenta que la honestidad expresa respeto por uno mismo y por los demás. Somos honestos

cuando somos coherentes entre lo que decimos y el ejemplo que damos. Igualmente nos comprometemos a cuidar y optimizamos los bienes y recursos de la entidad, empleándolos únicamente para beneficio del interés general.

- **COLABORACIÓN:** La colaboración se debe dar como una actitud permanente de servicio hacia el trabajo y la ESE ISABU, este valor se basa en la colaboración y el esfuerzo compartido de los empleados de la entidad. La colaboración es responsabilidad de todos, por lo tanto es necesario apoyar la labor del compañero mediante el trabajo conjunto, con el fin de contribuir al logro del bien común de la institución. Somos colaboradores cuando participamos de las metas comunes y trabajamos en equipo para conseguir y apoyar el desarrollo del objeto social.
- **RESPONSABILIDAD:** Capacidad personal para desarrollar con competitividad, pertinencia y diligencia las funciones, y para asumir las consecuencias de los propios actos u omisiones, implementando acciones para corregirlos cuando sea necesario. Como empleados de la ESE

ISABU debemos cumplir nuestros deberes y obligaciones en forma ágil y oportuna, dignificando así nuestro puesto de trabajo y permitiendo que la entidad brinde a sus usuarios una atención adecuada para desarrollar óptimamente su objeto social.

- **EFICIENCIA:** Los empleados de la ESE ISABU se comprometen a velar porque, en igualdad de condiciones de calidad y oportunidad, la entidad obtenga la máxima productividad de los recursos que le han sido asignados y confiados para el logro de sus propósitos. En la ESE ISABU, se establece como propósito principal, alcanzar las metas propuestas con la buena utilización de los recursos existentes y/o asegurar un óptimo empleo de los bienes y recursos disponibles en aras de la productividad y el beneficio social.
- **COMPROMISO:** Como empleados de la ESE ISABU, nos comprometemos a desarrollar a cabalidad nuestras funciones, deberes y obligaciones, de acuerdo con las políticas, planes y programas, que le corresponden ejecutar a la institución y teniendo como base los principios y valores del presente Código de Ética, de tal forma que se asegure el desarrollo del objeto social. El éxito en la gestión de la entidad, es posible gracias a que los empleados y colaboradores reconocen la importancia y el sentido de la función institucional, involucrándose plenamente en las tareas que son comunes a todos.
- **SOLIDARIDAD:** La solidaridad es una de los valores humanos por excelencia, en estos términos, la solidaridad se define como la colaboración mutua entre empleados. Como empleados de la ESE ISABU asumimos el compromiso de contribuir a la solución de necesidades, para el logro de objetivos personales e institucionales, teniendo como fin, el bien común de la entidad, de los clientes y de la sociedad, con fundamento en la buena voluntad de servicio y apoyo a los demás, fortaleciendo el compañerismo, la colaboración y el trabajo en equipo.
- **RECTITUD:** Este valor hace referencia a la cualidad de recta razón o conocimiento práctico de lo que debemos hacer o decir, de tal forma que los empleados asumimos el compromiso de expresar un rol transparente y confiable en la realización de nuestro trabajo, en especial teniendo

en cuenta los principios y valores instituidos en este Código.

- **HUMANIZACIÓN:** la humanización tiene como objetivo, ofrecer un servicio de atención en salud a través de un personal sensibilizado hacia la calidez de la atención al usuario y su familia, debidamente entrenado y educado en comunicación asertiva, con conocimientos y apropiación en derechos y deberes, promoviendo el respeto, la responsabilidad, oportunidad, accesibilidad, orientación durante todo el proceso de atención procurando un ambiente armónico para el desarrollo de su trabajo, previniendo comportamientos abusivos y agresivos, mejorando la comunicación, solidaridad entre colaboradores, partes interesadas y diferentes niveles de operación de la organización, y asegurando las

condiciones humanizantes desde el ambiente físico como una responsabilidad con todos los grupos de interés hacia la generación de una cultura más humanizada.

- **AUTOCUIDADO:** El Autocuidado se refiere básicamente al cuidado de los demás y al propio, como funciones imprescindibles en la vida del ser humano. Implica la elección de estilos de vida saludables, teniendo en cuenta las habilidades y limitaciones de cada uno, en favor del bienestar de las personas y la promoción de la vida

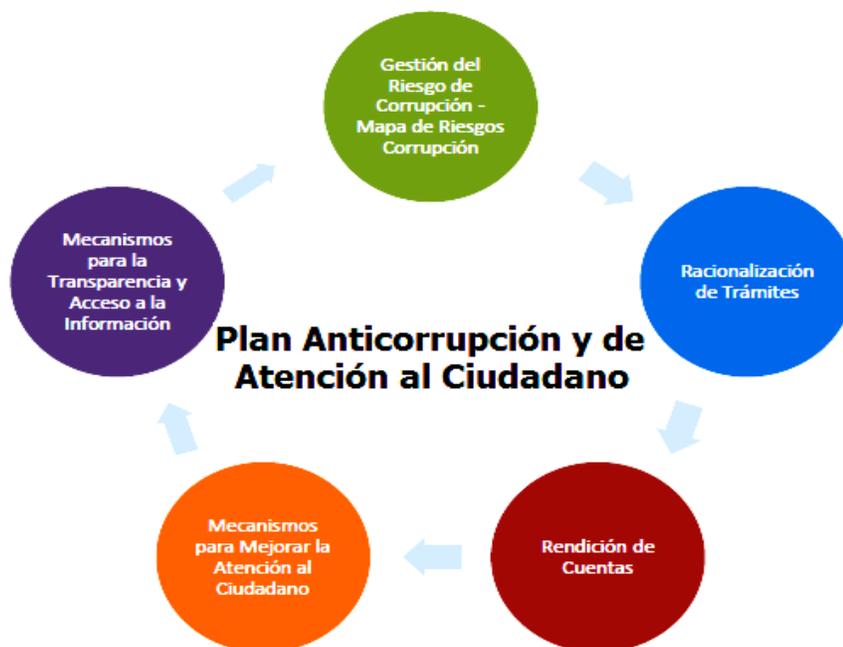
## **MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN**

Para seguir actuando con transparencia, normatividad, eficacia, eficiencia y productividad, se formaliza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a través de la creación del Comité institucional de Gestión y Desempeño mediante la expedición de la Resolución N° 0242 “Por medio de la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño “CIGD” de la empresa social del Estado Instituto de Salud del Municipio de Bucaramanga ESE ISABU, el cual tiene como fin la planeación, implementación, evaluación y por supuesto el mantenimiento eficaz del sistema MIPG.

Es importante resaltar que el Plan Anticorrupción y Atención a la Ciudadanía – PAAC es un instrumento de planeación para la entidad, previsto desde el MIPG, articulado con la política de integridad, dado que en este se establecen los compromisos para el control de la corrupción en la gestión de la ESE ISABU.

Por lo anterior en el PAAC 2020, comprende acciones estratégicas desde la gestión institucional de la entidad relacionada con la optimización y avance en temas como la prestación de servicios con calidad, la satisfacción de los ciudadanos, la mejora continua, la gestión institucional, la transparencia de la información y el fortalecimiento de los procesos de comunicación interna que permita generar interacción y fluidez en la información.

## 5 COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO



El Plan Anticorrupción y de Atención a la Ciudadanía está integrado por políticas autónomas e independientes que se articulan bajo un solo objetivo, la promoción de estándares de transparencia y lucha contra la corrupción. Sus componentes gozan de metodologías propias para su implementación, por lo tanto, no implica desarrollar actividades diferentes o adicionales a las que ya vienen ejecutando las entidades en desarrollo de dichas políticas.

La estrategia del Plan Anticorrupción y de Atención a la Ciudadanía 2020 de la ESE ISABU cuenta con los siguientes componentes:

### 5.1 PRIMER COMPONENTE GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN:

Es la herramienta que le permite a la institución identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción, tanto internos como externos. Para la elaboración del Mapa de Riesgos de Corrupción de la entidad, la Oficina de Planeación como líder de este componente, efectuó reuniones con los líderes responsables de los procesos con el fin de dar a conocer lineamientos metodológicos, revisar y definir los riesgos de corrupción del proceso correspondiente. Y adoptó las incorporadas en el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2” como también la “Guía para la Administración del Riesgo”.

Finalmente Como parte integral de este Plan, se consolidó el Mapa de Riesgos de Corrupción que agrupa los riesgos de corrupción identificados y que pueden generar impacto a la entidad. Los Riesgos de Corrupción se publican en la página WEB de la entidad.

ETAPA	ACTIVIDAD	
<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN</b>	-Contexto - Identificación del Proceso - Establecer las causas - Identificar los riesgos - Consecuencias	
<b>VALORACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN</b>	ANÁLISIS DEL RIESGO riesgo inherente	- Probabilidad - Impacto
	Evaluación del riesgo de corrupción	-Establecer los controles. -Tipo de control (Correctivo o predictivo). -Efectividad del control establecido. - Determinación del riesgo residual.
<b>CONSULTA Y DIVULGACION</b>	- Elaboración matriz de riesgo - Divulgación matriz de riesgo	
<b>MONITOREO Y REVISION</b>	Revisión periódica de Mapa de Riesgo de Corrupción	
<b>SEGUIMIENTOS</b>	-Seguimiento a efectividad de controles incorporados en el mapa de -Riesgo de corrupción - Materialización del riesgo	

### 5.1.1 PLAN DE ACCIÓN: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano				
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción				
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
<b>Subcomponente /proceso 1</b> Política de Administración de Riesgos de Corrupción	1.1 Socializar la Política de Gestión de Riesgos	Página WEB, correos electrónicos, carteleras o presencial ISABU	Planeación	30/03/2020
<b>Subcomponente/proceso 2</b> Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1 Revisar y actualizar los riesgos de corrupción por proceso	Riesgos de corrupción actualizados	Líderes de Proceso	15/01/2020
	2.2 Consolidar la matriz de riesgos de corrupción	Matriz de Riesgos de corrupción consolidada	Planeación	30/01/2020
<b>Subcomponente /proceso 3</b> 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	31/03/2020
	3.2 Publicar en la página web la matriz de riesgos de corrupción	Matriz de riesgos de corrupción publicada	Planeación	31/01/2020
	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	11/05/2020 11/09/2020 12/01/2021
<b>Subcomponente /proceso 4</b> 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.	Líderes de Proceso	08/05/2020 08/09/2020 12/01/2021
	4.2 Calcular y reportar indicador de riesgo	Indicador de riesgo reportado	Control interno	20/05/2020 20/09/2020 30/12/2020
<b>Subcomponente/proceso 5</b> Seguimiento	5.1. Verificar evidencias de la gestión de riesgos de corrupción	Evidencias confirmadas	Control interno	11/05/2020 11/09/2020 12/01/2021
	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	11/05/2020 11/09/2020 12/01/2021

### 5.2 SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

La política de racionalización de trámite del gobierno nacional liderada por la función pública, busca facilitar al ciudadano el acceso a los trámites y servicios que brinda las administración pública, en la E.S.E ISABU, se plantea como una

herramienta de prevención de actos de corrupción que apunta al cumplimiento de la Ley 962 de 2005<sup>1</sup>, Ley 1474 de 2011<sup>2</sup> y el Decreto Ley 019 de 2012<sup>3</sup>, mediante la formulación de estrategias que permiten simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y/o automatizar los procesos, para que los usuarios y demás partes interesadas puedan acceder a los servicios ofertados por la institución.

Estas estrategias se trabajan de manera articulada bajo lineamientos de Gobierno digital, lo que ha permitido la revisión de los procesos existentes y hacer el análisis, evaluación, descripción, consolidación y actualización de los trámites que deben realizar los usuarios para acceder a los servicios. ; ingresando para ello la información en la hoja de vida de trámites y servicios del Sistema Único de Información de Trámites SUIT, suministradas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. Adicionalmente fueron publicados los datos mensuales de operaciones de la vigencia 2019 de cada trámite con el fin de que fueran priorizados y estructurar la estrategia de racionalización de trámites para la vigencia 2020 la cual se encuentra registrada en la plataforma del SUIT

## IDENTIFICACION DE TRÁMITES

De la priorización realizada en el año 2018, con respecto a los servicios que se debían intervenir, a la fecha se tienen los siguientes trámites registrados en el SUIT:

ITEM	NOMBRE DEL TRAMITE	DESCRIPCION	PROCESO
1	Asignación de cita para la prestación de servicios en Salud	Agendar una cita para acceder a la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del usuario. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17528">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17528</a> <a href="http://www.suit.gov.co/MisorSUIT/index.jsf?FI=17528">http://www.suit.gov.co/MisorSUIT/index.jsf?FI=17528</a>	Gestión de Ambulatorios Gestión Atención de urgencias
2	Atención Inicial de Urgencia	Atención de personas que requieren de la protección inmediata por presentar alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17529">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17529</a> <a href="http://www.suit.gov.co/MisorSUIT/index.jsf?FI=17529">http://www.suit.gov.co/MisorSUIT/index.jsf?FI=17529</a>	Gestión Atención de Urgencias
3	Certificado de defunción	Acreditar legalmente el fallecimiento de una persona. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T6867">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T6867</a> <a href="http://www.suit.gov.co/MisorSUIT/index.jsf?FI=6867">http://www.suit.gov.co/MisorSUIT/index.jsf?FI=6867</a>	Gestión de Internación Gestión de Urgencias Gestión Cirugía y atención de partos
4	Certificado de Nacido vivo	Obtener la certificación que acredita que el recién nacido, nació vivo <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T6865">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T6865</a> <a href="http://www.suit.gov.co/MisorSUIT/index.jsf?FI=6865">http://www.suit.gov.co/MisorSUIT/index.jsf?FI=6865</a>	Gestión Cirugía y atención de Partos

<sup>1</sup> Ley 962 de 2005: Dicta disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de entidades del estado

<sup>2</sup> Ley 1474 de 2011: Art.73 Cada entidad del orden Nacional y Dptal deberá anualmente elaborar una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano

<sup>3</sup> Decreto Ley 019 de 2012: Dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública

ITEM	NOMBRE DEL TRAMITE	DESCRIPCION	PROCESO
5	Dispensación de Medicamentos y dispositivos médicos	Entregar uno o más medicamentos o dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado de acuerdo con la prescripción médica. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17530">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17530</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17530">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17530</a>	Gestión Apoyo Terapeutico
6	Examen de Laboratorio Clínico	Acceder a la toma de muestras de sangre y/o fluido corporal para exámenes de laboratorio de baja, mediana y alta complejidad <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7075">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7075</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7075">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7075</a>	Gestión Apoyo Diagnóstico
7	Historia Clínica	Obtener la historia clínica en la cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente o familia, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7077">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7077</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7077">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7077</a>	Gestión Documental
8	Radiología e Imágenes Diagnósticas	Obtener imágenes del paciente para efectos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de ondas del espectro electromagnético y de otras fuentes de energía. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7076">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7076</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7076">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7076</a>	Gestión Apoyo Diagnostico
9	Terapia	Acceder a tratamientos para la habilitación o rehabilitación integral del paciente. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17531">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17531</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17531">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17531</a>	Gestión Apoyo Terapeutico

Para 2020 se tienen establecidas las siguientes actividades que apoyarán la estrategia anti trámites:

- Promocionar los trámites y servicios disponibles por medios electrónicos página web, Facebook y físicos
- Implementar mejoras continuas en la oferta de trámites y servicios disponibles a través de canales electrónicos de acuerdo con los resultados obtenidos en los ejercicios de evaluación de satisfacción ciudadana y la caracterización de usuarios, ciudadanos y grupos de interés.
- Disponer en la página web un link para sacar la cita web
- Encuesta a los ciudadanos para identificar los trámites con mayor dificultad con el fin de priorizar necesidades.

## 5.2.1 PLAN DE ACCION: ESTRATEGIA RACIONALIZACION DE TRÁMITES

Nombre de la entidad:				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA				Orden:				
Sector administrativo:				No Aplica				Territorial				
Departamento:				Santander				Año				
Municipio:				BUCARAMANGA				2020				
DATOS TRÁMITES A RACIONALIZAR				ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN A DESARROLLAR					PLAN DE EJECUCIÓN			
Tipo	Número	Nombre	Estado	Situación actual	Mejora por implementar	Beneficio al ciudadano o entidad	Tipo racionalización	Acciones racionalización	Fecha inicio	Fecha final racionalización	Responsable	Justificación
Modelo Único – Hijo	17528	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	Inscrito	Usuarios no cuentan con internet o equipos de computo para poder solicitar la cita por web	se instalaran pantallas táctiles en los centros de salud y en sitios estrategicos de la ciudad, para que el usuario solicite su cita por WEB facilitando el acceso	Costos de desplazamiento, reducción en el tiempo.	Tecnologica	Optimización del aplicativo	01/04/2020	31/05/2020	planeación	
Modelo Único – Hijo	17530	Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	Inscrito	No se cuenta con puntos de dispensación en el centro de salud café madrid	se habilitara un punto de atencion en el centro de salud café madrid	beneficios en disminucion de tiempo, costos para los usuarios, desplazamientos	Administrativa	aumento de canales y/o puntos de atención	01/03/2020	02/04/2020	planeación	

### 5.3 TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS

De acuerdo con el artículo 48 de la Ley 1757 de 2015, “por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”, la rendición de cuentas es “... un proceso... mediante los cuales las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos, informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control”; es también una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

Conforme a estos lineamientos para la E.S.E ISABU, la rendición de cuentas va más allá de ser una práctica de audiencias públicas y se concibe como un proceso continuo y bidireccional que genere espacios de diálogo entre la institución y los ciudadanos sobre la gestión y manejo, lo cual implica que los ciudadanos conozcan el desarrollo de las acciones de la administración y la institución explique el manejo de su actuar y de su gestión.

Actualmente la ESE ISABU tiene los siguientes mecanismos para su rendición de cuentas:

MEDIO DE COMUNICACIÓN	MEDIO Y PERIODICIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
MEDIOS VIRTUALES	Página Web Institucional. <a href="http://www.isabu.gov.co">www.isabu.gov.co</a> A más tardar el 31 de Enero de cada año	Publicar la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de Acción de la vigencia</li> <li>▪ Planes generales de compras</li> <li>▪ Proyectos de inversión y su presupuesto.</li> <li>▪ Presupuesto de la vigencia.</li> <li>▪ Indicadores de gestión.</li> <li>▪ Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano “PAAC”.</li> </ul>	Comunicaciones Oficina de Planeación.
	Página Web Institucional. <a href="http://www.isabu.gov.co">www.isabu.gov.co</a> y en el fan page de Facebook Cada tres meses	Publicar en la página Web el informe de gestión	Comunicaciones Oficina de Planeación.
	Página Web Institucional. <a href="http://www.isabu.gov.co">www.isabu.gov.co</a> y en el fan page de Facebook De acuerdo a su frecuencia	Publicar Las novedades del Hospital y red que están dirigidas a los funcionarios y colaboradores a través de 2 boletines mensuales  Convocatorias y novedades de contratación de la red prestadoras de salud de la ESE ISABU	Comunicaciones
	Canal de YOU TUBE De acuerdo a su frecuencia	Publicar los videos realizados de las diferentes actividades realizadas por la ESE ISABU para la comunidad	Comunicaciones
	Página Web Institucional. <a href="http://www.isabu.gov.co">www.isabu.gov.co</a> De acuerdo a su frecuencia	Publicar la ejecución de los diferentes proyectos del plan de acción.	Comunicaciones

Con el propósito de continuar consolidando en el 2020 la estrategia de rendición de cuentas como un proceso tendiente a fortalecer un cambio cultural, de manera democrática y participativa; la ESE ISABU desde la Dirección de Planeación, ha establecido los siguientes objetivos y metas en materia de Rendición de Cuentas:

- Generar estrategias en los canales digitales que dispone la entidad para que los usuarios tengan la información al día y en lenguaje claro y comprensible
- Propiciar espacios de diálogo y participación entre los distintos actores gubernamentales y de la sociedad para evaluar, corregir y presentar alternativas de solución y cualificación del servicio público de la Institución, mediante la realización de los eventos programados de rendición de cuentas en 2020
- Promover metodologías para garantizar la transparencia institucional, las estrategias anticorrupción, la participación ciudadana y el dialogo democrático de doble vía, teniendo en cuenta entre otras, la encuesta de percepción que dispone respecto de las PQRS, para identificar las necesidades de cada centro de Salud.
- Generar estrategias de evaluación, información pertinente y oportuna a los diferentes actores para posibilitar la discusión crítica y propositiva sobre el servicio público de la institución y centros de Salud, en lenguaje claro y con información de fácil acceso a la ciudadanía
- Generar incentivos para la participación de la comunidad, grupos de interés, entidades de gobierno territorial, organizaciones no gubernamentales, en los ejercicios de rendición de cuentas y mesas públicas

### 5.3.1 PLAN DE ACCION: COMPONENTE RENDICIÓN DE CUENTAS

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano					
Componente 3: Rendición de Cuentas					
Subcomponente	Actividades		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
<b>Subcomponente 1</b> Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1	Definir equipo que lidere el proceso de rendición de cuentas	Equipo multidisciplinario conformado	Planeación	23/01/2020
	1.2	Identificar necesidades de información y valorar información actual	Encuesta aplicada a la ciudadanía para rendir cuentas en temas prioritarios	SIAU	05/02/2020
	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	05/02/2020
<b>Subcomponente 2</b> 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	29/01/2020
	2.2	Definir capacidad operativa y disponibilidad de recursos	Logística definida	Planeación - Financiera	15/02/2020
	2.3	Desarrollar acciones para promover y realizar el dialogo con organizaciones ciudadanos y ciudadanía.	Estrategias para promover el dialogo de doble vía	SIAU	05/02/2020 17/02/2020
<b>Subcomponente 3</b> 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	Efectuar una reunión de rendición de cuentas con énfasis en gestión que ha beneficiado a los funcionarios	SIAU Planeación	02/03/2020

		acompañamiento y reconocimiento de experiencias	públicos (previa a la Rendición de Cuentas) dirigida al personal de La ESE ISABU		
	3.2	Convocar a todas las partes interesadas para contar con su participación en la Audiencia Pública de Rendición de cuentas.	Convocatoria realizada	Planeación	25/02/2020
	3.3	Socializar y visibilizar la información	Estrategia de comunicación del ISABU	Planeación	24/02/2020
<b>Subcomponente 4</b> Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1	Realizar seguimiento a metas de rendición de cuentas	Lista de chequeo y cronograma	Planeación	13/04/2020 15/10/2020
	4.2	Realizar evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional	Informe de evaluación del plan de gestión gerencial	Planeación	08/04/2020 10/07/2020 09/10/2020 08/01/2021
	4.3	Elaborar informe de resultados, logros y dificultades	Informe de resultados, logros y dificultades	Planeación	08/04/2020 10/07/2020 09/10/2020 08/01/2021
	4.4	Diseñar planes de mejoramiento de rendición de cuentas	Plan de mejoramiento de la estrategia de rendición de cuentas	Planeación	27/04/2020

#### 5.4 CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

Dando cumplimiento al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, la ESE ISABU cuenta con diferentes medios de atención y comunicación para fortalecer la cultura de la denuncia poniéndolos a disposición de la ciudadanía como son:

CANAL	MODO DE CONTACTO
Telefónico	Línea telefónica local :6405757 extensión 140, disponible en horas Hábiles y celular: 316 7440481
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos radicado por ventanilla única
Virtual	Correo Electrónico: <a href="mailto:atencionalusuario@isabu.gov.co">atencionalusuario@isabu.gov.co</a>
	Sitio Web: <a href="http://www.isabu.gov.co">http://www.isabu.gov.co</a>
Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el primer piso del Hospital Local del Norte – consulta externa
Buzones	En cada uno de los centros de salud y unidades hospitalarias se han dispuesto buzones, con sus respectivos formatos donde el usuario puede escribir; Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias, Agradecimientos o Felicitaciones. Los cuales son aperturados semanalmente por parte de los funcionarios del SIUA acompañados por un usuario quien a su vez es quien firma el acta de apertura se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos de ley.

Igualmente y con el propósito de brindar un mejor servicio a los usuarios y sus familias, los cuales se constituyen en el eje central del modelo de atención de la ESE ISABU; se implementan diferentes mecanismos que nos permiten la identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios para la elaboración de planes, programas y proyectos con la finalidad de mejorar la satisfacción de los usuarios.

Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano (Conpes 3785 de 2013) y de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano – PNSC se realizara durante el 2020 una identificación de usuarios y se han planteado las siguientes acciones adicionales que permitirán identificar la situación actual del servicio al ciudadano , las brechas respecto al cumplimiento normativo y definir acciones precisas para mejorar la situación actual , el acceso a los trámites y servicios de la entidad que garanticen la satisfacción de los usuarios y faciliten el ejercicio de sus derechos, por medio de la política de servicio al ciudadano y política de humanización.

#### 5.4.1 PLAN DE ACCION: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano				
Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención del ciudadano				
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1	Dar cumplimiento al procedimiento de Atención al Usuario en la ESE ISABU	Reporte de la ejecución del procedimiento	SIAU 29/04/2020
	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 29/04/2020
	1.3	Medir a través de indicadores los tiempos de atención al usuario	Indicador Tiempo de atención usuario medido	SIAU 17/04/2020 10/08/2020 10/12/2020
	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 17/04/2020 10/08/2020 10/12/2020
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 17/04/2020 10/08/2020 10/12/2020
	2.3	Mantener los canales de atención y participación ciudadana presencial, de la página Web, anuncios publicitarios y carteleras institucionales.	Realizar socializaciones en página WEB de los Canales de comunicación disponibles	Planeación TICS SIAU 30/03/2020 30/07/2020 30/11/2020
	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 20/04/2020 20/08/2020 20/12/2020
	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 29/05/2020 30/10/2020
	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 29/05/2020 30/10/2020
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 30/04/2020

	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	01/06/2020
	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 2020	Talento Humano	20/04/2020
<b>Subcomponente 4</b> 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 Jurídica	28/04/2020
	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	17/04/2020 10/07/2020 10/11/2020
	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	Gestión de las TICS	17/04/2020 10/07/2020 10/11/2020
	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 Área de comunicaciones	17/04/2020 10/07/2020 10/11/2020
<b>Subcomponente 5</b> Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Desarrollar encuesta de medición de la satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios del ISABU	Informe Índice de satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios del ISABU	SIAU	15/04/2020 15/07/2020 15/10/2020

## 5.5 QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

El componente se enmarca en las acciones para la implementación de la ley de transparencia y Acceso a información Pública Nacional y los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública regulado por la ley 7112 de 2014 y el decreto 1081 de 2015.

La promoción de la transparencia, la lucha anticorrupción y el acceso a la información pública para la ESE ISABU es una forma de actuar que debe trascender toda la estructura organizacional de la entidad y en ese sentido, además de la implementación de las acciones contenidas en el presente plan, este componente se asume como un asunto de cultura organizacional que requiere de un apoyo decidido del nivel directivo, el diseño y la aplicación de estrategias de comunicación, el empoderamiento de todos los colaboradores y el acompañamiento de la ciudadanía.

En este contexto, se presentan a continuación las principales acciones que la Institución ha planteado.

### 5.5.1 PLAN DE ACCION: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano					
Componente 5: Mecanismos de transparencia y acceso a la información					
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	1.1	Actualizar la información en la página WEB, en el link" Transparencia y acceso a la información pública de la ESE ISABU, dando cumplimiento con lo establecido en la ley 1712 del 2014.	Información publicada en el link" Transparencia y acceso a la información pública de la ESE ISABU revisada y/o actualizada	Planeación Gestión de las TICS	10/04/2020 10/07/2020 10/11/2020
	2.1	Publicar las estadísticas de consultas o solicitudes por parte de los ciudadanos	Publicación de estadísticas de consultas y solicitudes	SIAU Jurídica	28/05/2020
Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1	Revisión y Actualización de un del programa de Gestión Documental de acuerdo a 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	11/05/2020 09/10/2020
	3.2	Revisión y Actualización del esquema de publicación de información para la ESE ISABU en un conforme a política de gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta del esquema de publicación	Gestión Documental	11/05/2020 09/10/2020
	3.3	Revisión y Actualización del índice de información clasificada y reservada de la ESE ISABU en un conforme a política de gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta del índice de información clasificada y reservada	Gestión Documental	11/05/2020 09/10/2020
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	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	20/04/2020
	4.2	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	30/04/2020 31/08/2020
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	Líder TICS	Ultimo día mes
	5.2	Elaborar un informe trimestral de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias PQRSD 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	informe trimestral de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias	SIAU	30/03/2020 30/06/2020 30/09/2020 30/12/2020

## 5.6 SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES

Para garantizar el cierre del ciclo de los componentes del Plan de Anticorrupción y de atención al ciudadano, la ESE ISABU presenta sus Códigos de Integridad y código de Ética y Buen Gobierno, como una estrategia para promover comportamientos éticos frente a la atención ciudadana por parte de funcionarios y colaboradores.

A través del aseguramiento del cumplimiento y puesta en práctica de los Códigos, se obtendrán mayores índices de satisfacción que redundarán en la fidelización de nuestros usuarios y nos permitirá crecer en el competido mercado de la salud, ya que los usuarios fieles generan imagen y opiniones positivas a otros clientes potenciales y facilitan el camino para la consecución de nuevas oportunidades de negocio.

Es por ello que se requiere de la participación activa de todos los empleados y prestadores de servicio de la Institución, independiente de su modalidad de contratación para asumir todos los postulados del código los cuales deben destacarse desde las mismas relaciones laborales y en nuestra interacción diaria con los usuarios.

### 5.6.1 PLAN DE ACCIÓN: INICIATIVAS ADICIONALES

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano					
Componente 6: Iniciativas adicionales					
Subcomponente	Actividades		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Iniciativas Adicionales	1.1	Realizar reinducción al código de integridad, servidores y contratistas ESE ISABU.	Programa de Inducción o reinducción que contemple socialización y adherencia al código de Integridad	Talento Humano Jurídica	29/04/2020
	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 integridad de la ESE ISABU	Talento Humano SIAU	30/06/2020
	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	29/04/2020

## 6 SEGUIMIENTO:

La consolidación del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano, estará a cargo de la oficina de planeación de la entidad o quien haga sus veces, quien además servirán de facilitadores para todo el proceso de elaboración del mismo.

La Oficina de control Interno realizará la verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano, la visibilización, el seguimiento y control de las acciones, en las fechas establecidas acorde a la normatividad vigente.

El Plan de Anticorrupción y de atención al Ciudadano se publicará en la página WEB de la ESE y se socializará a

todos los funcionarios de la Institución.

## **7 ANEXOS**

### **7.1 MAPA DE PROCESOS DE LA ESE ISABU**

Actualizado y aprobado por **comité CIGD 20 de junio de 2019** para los Macroprocesos Estratégicos, de Apoyo, Misionales y de evaluación así como los correspondientes procesos de la ESE ISABU y para los cuales fueron analizados y actualizados los respectivos riesgos de corrupción

## MAPA DE PROCESOS E.S.E ISABU



## 7.2 MATRIZ MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION CONSOLIDADO - ESE ISABU

Los Mapas de Riesgos de la ESE ISABU fueron elaborados de acuerdo con la metodología expuesta en la Guía para la Gestión del Riesgo de corrupción 2015 y los cuales a continuación detallamos

### **APROBÓ:**

**CARLOS ENRIQUE GOMEZ SANMIGUEL**  
Jefe Oficina Asesora de Planeación ( E ) (Firma Autentica)

Elaboró  
MARIA ANTONIA HABID NUÑEZ  
Apoyo Profesional Oficina Planeación

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN AÑO 2020

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

IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION							MONITOREO Y REVISION							
PROCESO / OBJETIVO	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN (SI ó NO)	ANALISIS DEL RIESGO			CONTROLES	VALORACION DEL RIESGO				FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR		
						RIESGO INHERENTE				RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL						
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO		PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PERIODO DE EJECUCION					ACCIONES	REGISTRO
<b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b> Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Generalizada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión institucionales para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	Deficiencia en la identificación del bien o servicio  Estudios previos deficientes o manipulados para beneficiar a un proponente en particular  Falta de reglas claras para la adquisición  Deficiencia en las verificaciones de requisitos y/o evaluaciones técnicas	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)	1.Imposibilidad de contratar o contratar con deficiencias en calidad 2.Inadecuada selección del contratista 3.Adquisición de Bienes, Productos o Servicios no acordes a las necesidades reales de la entidad 4.Investigaciones disciplinarias, penales, fiscales y civiles.	SI	1	20	Moderada	El ordenador del gasto de la oficina asesora de Planeación cada vez que requiera la contratación o adquisición de un bien o servicio presentará en formato preestablecido de necesidad de contratar del bien o servicio especificando objeto, perfil, periodo y condiciones de pago el cual deberá ser firmado previamente por la gerencia antes de ser entregado a la oficina jurídica y continuar con el proceso de estudios previos y convocatorias de acuerdo al manual de contratación con su respectivo requerimiento contractual previo a fin de tener opciones de hoja de vida, empresas para evaluar el cumplimiento de los requisitos y seleccionar al contratista; en caso de no cumplir este requisito se notificará directamente al gerencia y ordenador del gasto para definir el proceso a seguir. Como evidencia se deja hoja de revisión requisitos, con observaciones presentadas y pantallazo de socialización.	1	3	Baja	01/01/2020 a 31/12/2020	Aprobación y socialización de formato requerimiento y demás documentos que formen parte de la etapa precontractual.	Pantallazo de socialización  Formato requerimiento de necesidad a contratar y estudio previo.  Formato de verificación cumplimiento de requisitos de acuerdo al tipo de contratación a realizar, establecido en el estudio previo.	30/04/2020 30/08/2020 30/12/2020	Realizar seguimiento cuatrimestral al Mapa de Riesgos de Corrupción	Jefe de Planeación	Número de requerimientos aprobados y publicados/ Número total de convocatorias evaluadas
	1.Presiones de funcionarios con poder de decisión para ajustar resultados de la gestión. 2 Información generada y/o enviada por las dependencias que no se ajuste a la realidad de la gestión institucional. 3 Manipulación de la información para la formulación de estrategias, planes, programas y proyectos. 4 No contar con la evidencia que soporte los resultados de la gestión.	2	Recibir dinero o dades por ocultar o manipular información relacionada con el direccionamiento estratégico, la cual imposibilite el cumplimiento de los objetivos institucionales para favorecer a terceros.	Investigaciones disciplinarias, fiscales y penales y procesos sancionatorios por parte de los organismos de control 2 Pérdida de la credibilidad institucional 3 Presentar información inexacta a organismos de control y/o a la ciudadanía. 4 Incumplimiento de la Planeación Estratégica y Plan de Desarrollo	si	1	20	Moderada	El jefe de la oficina Asesora de Planeación periódicamente socializará por redes y página WEB las acciones y actividades institucionales de interés público así como los diferentes informes de gestión con actores sociales y partes interesadas mediante mecanismos continuados de veedurías ciudadanas dando a conocer el cumplimiento del objetivo institucional al cual corresponde la acción implementada de los diferentes planes de direccionamiento estratégico que fueron publicados y socializados previamente en página WEB conforme a normatividad vigente. En caso de no corresponder a ningún objetivo dejar evidencia de la observación para actualización de los planes y conocimiento de los ciudadanos	1	3	Baja	01/01/2020 a 31/12/2020	Publicación en página WEB de planes, acciones y actividades institucionales	Pantallazos de publicaciones en página WEB de Planees, Acciones y actividades institucionales	30/04/2020 30/08/2020 30/12/2020	Realizar seguimiento cuatrimestral al Mapa de Riesgos de Corrupción	Jefe de Planeación	Número de solicitudes realizadas para publicación en la vigencia estratégica/Número total de solicitudes publicadas por oficina de Planeación (comunicaciones) relacionadas con el direccionamiento estratégico.
	Influencias de actores locales, distritales o nacionales en la búsqueda de lograr el nombramiento de personas cercanas a su red política o social en la institución.	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.	Incumplimiento de normas  Sanciones disciplinarias  Demandas.	si	1	20	Moderada	El ordenador del gasto de la oficina asesora de Planeación cada vez que requiera la contratación o adquisición de un bien o servicio presentará en formato preestablecido de necesidad de contratar del bien o servicio especificando objeto, perfil, periodo y condiciones de pago el cual deberá ser firmado previamente por la gerencia antes de ser entregado a la oficina jurídica y continuar con el proceso de estudios previos y convocatorias de acuerdo al manual de contratación con su respectivo requerimiento contractual previo a fin de tener opciones de hoja de vida, empresas para evaluar el cumplimiento de los requisitos y seleccionar al contratista; en caso de no cumplir este requisito se notificará directamente al gerencia y ordenador del gasto para definir el proceso a seguir. Como evidencia se deja hoja de revisión requisitos, con observaciones presentadas y pantallazo de socialización.	1	4	Baja	01/01/2020 a 31/12/2020	Publicitar procesos de selección de personal.  Socialización Código de Integridad	Pantallazo de socialización  Formato requerimiento contractual  Formato de verificación cumplimiento de requisitos y validación de perfiles	30/04/2020 30/08/2020 30/12/2020	Realizar seguimiento cuatrimestral al Mapa de Riesgos de Corrupción	Jefe de Planeación	Número de requerimientos aprobados y socializados/ Número de contratos realizados

PROCESO / OBJETIVO	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN (SI o NO)	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO				FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR		
						RIESGO INHERENTE			RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL						
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PERIODO DE EJECUCIÓN					ACCIONES	REGISTRO
<p><b>PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL:</b> 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.</p>	Falta de ética del personal de servicios generales.	1	Posibilidad que operarios de servicios generales en conjunto con las empresas contratistas que realizan la recolección de residuos reciclables y peligrosos, reciban beneficios económicos o dadas por alterar los datos de pesaje.	Sanciones disciplinarias	si	1	10	Baja	<p>Gestión Ambiental realizará una (1) visita mensual de forma aleatoria a las unidades operativas de la E.S.E ISABU, para verificar que el pesaje registrado diariamente en los formatos institucionales coincidan con los registros del pesaje de las empresas contratista.</p>	1	3	Baja	<p>30/04/2020 31/08/2020 31/12/2020</p> <p>Al presentar inconsistencias entre los registros diarios de pesaje vs registros de pesaje externo y de ser comprobado dicha alteración se procederá a informar mediante oficio a los supervisores de los contratos quienes deberán tomar las acciones correctivas a que haya lugar.</p> <p>Gestión Ambiental realizará inducción, reincidencia y/o capacitación y evaluación en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PCRHS), a los operarios de servicios generales donde se especifique el correcto diligenciamiento de los formatos establecidos por la ESE ISABU para el control del pesaje, el cual debe coincidir con los formatos entregados por las empresas contratista para la recolección.</p> <p>Realizar inducción y reincidencia a l personal de servicios generales</p>	<p>formato F-3600-02. Documento de Comunicaciones interno en caso de ser necesario.</p> <p>Actas, listas de asistencia</p>	<p>30/04/2020 31/08/2020 31/12/2020</p> <p>Realizar monitoreo cuatrimestral al mapa de riesgos de corrupción</p>	Lider de proceso Gestión Ambiental	<p>No. Visitas aleatorias para verificación del pesaje en un periodo de tiempo / No. Visitas para verificación de pesaje programadas en igual periodo de tiempo.</p> <p>No. De inducciones reincidencias y/o capacitaciones realizadas / total de capacitaciones programadas de acuerdo a la contratación.</p>	
<p><b>PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO</b></p>	<p>1. Incumplimiento de los procedimientos y normatividad relacionada con la gestión de nómina y situaciones administrativas.</p> <p>2. Falta de ética del funcionario asignado a la realización de la nómina.</p>	1	Posibilidad que el funcionario de nómina reciba beneficios económicos por favorecimiento en pagos de nómina.	Sanciones Disciplinarias	si	1	10	Baja	<p>1. 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. 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.</p> <p>2. El jefe de la oficina asesora jurídica, responsable del proceso de contratación realizará actividades de afianzamiento del código de integridad, como socialización y apropiación de este mediante charlas cada vez que exista un funcionario nuevo en el cargo de liquidador de nómina, con el ánimo de crear valores y compromiso con la institución lo cual deja como resultado que no intente realizar alteraciones o fraude con el proceso de liquidación de nómina. Para esto se dejara como evidencia ACTAS CON SUS SOPORTES</p>	1	3	Baja	<p>1. Mensual</p> <p>2. Anual</p>	<p>1.Hacer comparativo historico de nominas</p> <p>2. Socializar codigo de integridad</p>	<p>1. Reporte de la revisión firmado por contador.</p> <p>2. fotografia, planilla de asistencia y acta.</p>	<p>30/04/2020 30/08/2020 31/12/2020</p> <p>Realizar Monitoreo CUATRIMESTRAL al Mapa de Riesgos de Corrupción.</p>	<p>PROFESIONAL TALENTO HUMANO</p>	<p>1. N° de nominas con hallazgos/ N° total de nominas liquidadas</p> <p>2. N° de personas que ingresaron y se capacitaron/ N° total de ingresos de personal nomina</p>

IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION								MONITOREO Y REVISION						
PROCESO / OBJETIVO	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCION (SI o NO)	ANALISIS DEL RIESGO			CONTROLES	VALORACION DEL RIESGO				FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR		
						RIESGO INHERENTE				RIESGO RESIDUAL									
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO		PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PERIODO DE EJECUCION					ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL	
<b>GESTIÓN DE URGENCIAS</b> Ofrecer un servicio oportuno, seguro y calido a los usuarios que requieren el servicio de atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE / UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESA (H.UIMIST) según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial.	Falta de aplicabilidad al procedimiento de control de inventarios	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	Detrimiento patrimonial Sanciones Penales	SI	1	20	Moderada	La Enfermera Líder del Servicio de Urgencias realizará quincenal verificación del inventario de equipo biomédico, con el fin de detectar faltantes. En caso de detectar 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. La Enfermera Líder del Servicio de Urgencias realizará mensualmente revisión del inventario de insumos médico quirúrgicos y medicamentos, con el fin de detectar faltantes. En caso de detectar 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.	1	5	Moderada	15/01/2020 30/01/2020 15/02/2020 28/02/2020 15/03/2020 31/03/2020 15/04/2020 30/04/2020 15/05/2020 31/05/2020 15/06/2020 30/06/2020 15/07/2020 31/07/2020 15/08/2020 31/08/2020 15/09/2020 30/09/2020 15/10/2020 31/10/2020 15/11/2020 30/11/2020 15/12/2020 31/12/2020	Verificación de Inventarios en cada entrega de turno. Acta de capacitación de la necesidad de prevención del riesgo a todo el personal del servicio.	INFORME de control de inventarios de equipos, medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, CON SUS SOPORTES Acta de Comité de Calidad Personal Servicio de Urgencias e Internación. Planilla de Asistencia.	30/04/2020 31/08/2020 31/12/2020	Realizar monitoreo cuatrimestral al mapa de riesgos de corrupción	Líder de Gestión Atención de Urgencias	Monitoreos realizados/Monitoreos propuestos Número de pérdidas de inventario de equipo biomédico encontradas/Total inventario por mes Número de pérdidas de inventario de insumos y medicamentos encontradas/Total inventario por mes
													15/01/2020 30/01/2020 15/02/2020 28/02/2020 15/03/2020 31/03/2020 15/04/2020 30/04/2020 15/05/2020 31/05/2020 15/06/2020 30/06/2020 15/07/2020 31/07/2020 15/08/2020 31/08/2020 15/09/2020 30/09/2020 15/10/2020 31/10/2020 15/11/2020 30/11/2020 15/12/2020 31/12/2020	Verificación de Inventarios en cada entrega de turno. Socialización de la necesidad de prevención del riesgo a todo el personal del servicio.	Informe de control de inventarios de equipos, medicamentos e insumos médico-quirúrgicos Acta de Comité de Calidad Personal Servicio de Urgencias e Internación. Planilla de Asistencia.	30/04/2020 31/08/2020 31/12/2020	Realizar monitoreo cuatrimestral al mapa de riesgos de corrupción	Líder de Gestión de Internación	Monitoreos realizados/Monitoreos propuestos Número de pérdidas de inventario de equipo biomédico encontradas/Total inventario por mes Número de pérdidas de inventario de insumos y medicamentos encontradas/Total inventario por mes

PROCESO / OBJETIVO	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN (SI o NO)	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO					FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR		
						RIESGO INHERENTE			RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL							
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PERIODO DE EJECUCIÓN	ACCIONES					REGISTRO	
<p>PROCESO GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS</p> <p>Brindar una atención integral al usuario, en el momento del parto, durante el embarazo 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>	Falta de monitoreo permanente al proceso de facturación para verificar la coherencia entre lo realizado y lo facturado	1	Posibilidad de que el médico tratante reciba dádivas o dinero adicional por realizar procedimientos diferentes a los facturados	<p>Detrimiento patrimonial</p> <p>Sanciones penales</p>	SI	1	20	Moderada	<p>Las Enfermeras Líderes de los Servicios de Sala de Partos y Cirugía realizarán mensualmente auditoría de manera aleatoria a la facturación de los diferentes procedimientos facturados en cada uno de los servicios correlacionando la atención programada, la realizada, la documentada en registros de historia clínica y la facturada, con el fin de detectar inconsistencias entre lo registrado en la historia clínica y lo facturado. En caso de detectar alguna inconsistencia 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 auditoría diseñado para este fin.</p>	1	5	Moderada	<p>30/01/2020</p> <p>28/02/2020</p> <p>31/03/2020</p> <p>30/04/2020</p> <p>31/05/2020</p> <p>30/06/2020</p> <p>31/07/2020</p> <p>31/08/2020</p> <p>30/09/2020</p> <p>31/10/2020</p> <p>30/11/2020</p> <p>31/12/2020</p>	<p>Revisión y análisis del proceso mediante muestra aleatoria.</p> <p>Supervisión y monitorización de las actividades que se realizan en el servicio.</p> <p>Acta de capacitación de la necesidad de prevención del riesgo a todo el personal del servicio.</p>	<p>Registros de Historia Clínica Digital</p> <p>Factura expedida por caja</p> <p>Programación del procedimiento.</p> <p>Epicrisis y/o Descripción Quirúrgica.</p> <p>Soporte de facturación.</p> <p>Acta de Comité de Calidad Personal Servicio de Cirugía y Sala de Partos.</p>	<p>30/04/2020</p> <p>31/08/2020</p> <p>31/12/2020</p>	<p>Realizar monitoreo cuatrimestral al mapa de riesgos de corrupción</p>	<p>Líder de Gestión Cirugía y Atención de Partos</p>	<p>N DE AUDITORIAS REALIZADAS / N DE AUDITORIAS PROGRAMADA</p> <p>Número de inconsistencias encontradas en las facturas / Total Facturas monitoreadas por mes</p>
	Falta de aplicabilidad al procedimiento de control de inventarios	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	<p>Detrimiento patrimonial</p> <p>Sanciones penales</p>	SI	1	20	Moderada	<p>Las Enfermeras Líderes de los Servicios de Sala de Partos y Cirugía realizarán quincenalmente verificación del inventario de equipo biomédico, con el fin de detectar faltantes. En caso de detectar 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.</p> <p>Las Enfermeras Líderes de los Servicios de Sala de Partos y Cirugía realizarán mensualmente revisión del inventario de insumos médico quirúrgicos y medicamentos, con el fin de detectar faltantes. En caso de detectar 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 diseñado para este fin.</p>	1	5	Moderada	<p>15/01/2020</p> <p>30/01/2020</p> <p>15/02/2020</p> <p>28/02/2020</p> <p>15/03/2020</p> <p>31/03/2020</p> <p>15/04/2020</p> <p>30/04/2020</p> <p>15/05/2020</p> <p>31/05/2020</p> <p>15/06/2020</p> <p>30/06/2020</p> <p>15/07/2020</p> <p>31/07/2020</p> <p>15/08/2020</p> <p>31/08/2020</p> <p>15/09/2020</p> <p>30/09/2020</p> <p>15/10/2020</p> <p>31/10/2020</p> <p>15/11/2020</p> <p>30/11/2020</p> <p>15/12/2020</p> <p>31/12/2020</p>	<p>Verificación de Inventarios en cada entrega de turno.</p> <p>Socialización de la necesidad de prevención del riesgo a todo el personal del servicio.</p>	<p>Informe de control de inventarios de equipos, medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES</p> <p>Acta de Comité de Calidad Personal Servicio de Cirugía y Sala de Partos.</p> <p>Planilla de Asistencia.</p>	<p>30/04/2020</p> <p>31/08/2020</p> <p>31/12/2020</p>	<p>Realizar monitoreo cuatrimestral al mapa de riesgos de corrupción</p>	<p>Líder de Gestión Cirugía y Atención de Partos</p>	<p>Monitoreos realizados/Monitoreos propuestos</p> <p>Número de pérdidas de inventario de equipo biomédico encontradas/Total inventario por mes</p> <p>Número de pérdidas de inventario de insumos y medicamentos encontradas/Total inventario por mes</p>

PROCESO / OBJETIVO	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN (SI o NO)	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO				FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR			
						RIESGO INHERENTE			CONTROLES	RIESGO RESIDUAL							ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL		
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO		PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO					PERIODO DE EJECUCIÓN	ACCIONES	REGISTRO
<p><b>APOYO TERAPÉUTICO</b></p> <p>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>Por desconocimiento de los procedimientos.</p> <p>Falta de Ética del profesional que realiza el procedimiento.</p>	1	<p>Posibilidad que el profesional de Apoyo Terapéutico reciba diadivas o beneficio económico para prestar un servicio sin cumplir con los requisitos estipulados por la institución.</p>	<p>Sanciones Disciplinarias</p>	si	1	10	Baja	<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 reintroducción a los profesionales del servicio validando para ello la lista de inducciones realizadas y participantes involucrados.</p> <p>El líder de Apoyo Terapéutico semanalmente en forma aleatoria realizará auditoría verificando la identidad del usuario atendido en el momento de la auditoría frente al agendamiento 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>	1	4	Baja	<p>Permanente</p>	<p>Socialización de procedimientos.</p> <p>Validación del servicio prestado contra servicio facturado</p>	<p>Acta de medición de adherencia a los procedimientos con sus soportes</p> <p>informe de auditorias realizadas con sus soporte s</p>	<p>16/04/2020</p> <p>31/07/2020</p> <p>30/10/2020</p> <p>31/01/2020</p>	<p>Realizar Monitoreo trimestral al Mapade Riesgo de Corrupción,</p>	<p>líder proceso gestión apoyo Terapéutico</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>No. Auditorias realizadas / No. De auditorias programadas</p>
<p><b>APOYO DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Radiología, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.</p>	<p>Falta de articulación del sistema de información del laboratorio clínico con el sistema de información de la ESE ISABU</p>	1	<p>Posibilidad que el laboratorio reciba dineros o diadivas para realizar exámenes de laboratorio sin estar facturados</p>	<p>Detrimiento patrimonial Liquidación del contrato</p> <p>Sanciones disciplinarias</p>	si	1	10	Baja	<p>1. El Profesional del Laboratorio clínico diariamente realiza la revisión de las ordenes médicas y la factura con el fin de correlacionar el ingreso de exámenes al sistema de información del Laboratorio Clínico, el cual debe coincidir, a través de una lista de chequeo donde el personal que realiza la revisión debe firmar, en caso de encontrar alguna novedad se notificará al correo electrónico laboratorio.isabu@gmail.com y de esta manera se realizara la acción correctiva por parte de Líder del Proceso Apoyo diagnóstico. Como evidencia: planilla de verificación periodo evaluado</p> <p>2. El profesional del Laboratorio diariamente genera reporte de registros eliminados en el sistema de información del Laboratorio clínico para corroborar la justificación de la eliminación del paciente la cual debe corresponder a la orden medica de ISABU, a través de una lista de chequeo donde el personal que realiza la revisión debe firmar, en caso de encontrar alguna novedad se notificará al correo electrónico laboratorio.isabu@gmail.com y de esta manera se realizara la acción correctiva por parte de Líder del Proceso Apoyo diagnóstico. Como evidencia :planilla de verificación periodo evaluado</p>	1	3	Baja	<p>permanente</p>	<p>1 Revisión diaria de ordenes medicas y factura confrontando con el sistema de información del Laboratorio Clínico</p> <p>2. Verificación de registros eliminados en el sistema de información del laboratorio clínico</p>	<p>1.Lista de chequeo de revisiones diarias en el área de Laboratorio clínico</p> <p>2.Lista de chequeo de registros eliminados</p>	<p>31/04/2020</p> <p>31/07/2020</p> <p>31/10/2020</p> <p>31/01/2020</p>	<p>Realizar Monitoreo trimestral al Mapade Riesgo de Corrupción</p>	<p>Líder del proceso Apoyo Diagnostico</p>	<p>Número de ordenes con hallazgos/Total de ordenes procesadas *100</p> <p>Número de registros eliminados con hallazgos/Total de registros eliminados*100</p>
<p>Falta de verificación de las Horas programadas con las horas realizadas de los funcionarios que laboran en el área de Radiología y Laboratorio de la ESE ISABU</p>	<p>Posibilidad que el Profesional de Radiología y Laboratorio Clínico cobre dineros por reporte de turnos no trabajados en el servicio</p>	2	<p>Detrimiento patrimonial Liquidación contractual</p> <p>Sanciones disciplinarias</p>	<p>SI</p>	5	20	Extrema	<p>1. El Líder del Proceso Apoyo Diagnostico junto con el Bacteriólogo encargado realizarán mensualmente el cuadro de turnos previamente estandarizado por la subgerencia científica con sus respectivas horas, el personal asistencial revisara sus horas programadas y en caso de encontrar alguna novedad se notificará al Líder del Proceso Apoyo Diagnostico para realizar la respectiva corrección. Como evidencia: Cuadro de Turnos con sus respectivas horas</p> <p>2. El supervisor de los contratos de los profesionales del servicio de Laboratorio y radiología revisarán cada mes las cuentas de cobro verificando las horas programadas en el cuadro de turnos con las horas que van hacer cobradas, las cuales deben coincidir. Como evidencia: Cuadro de turnos con sus respectivas horas y Registro de Horas firmadas por el profesional de la salud del área.</p>	5	5	Extrema	<p>01/01/2020</p> <p>A</p> <p>31/12/2020</p>	<p>1. Realizar cuadro de turnos y realizar revisión de las horas programadas</p> <p>2 Verificar Cantidad de turnos y Horas laboradas con cuenta de cobro</p>	<p>Cuadro de Turnos programados</p> <p>Registro de Horas firmados por el profesional que laboro</p>	<p>31/04/2020</p> <p>31/07/2020</p> <p>31/10/2020</p> <p>31/01/2020</p>	<p>Realizar Monitoreo trimestral al Mapade Riesgo de Corrupción,</p>	<p>Líder del proceso Apoyo Diagnostico</p>	<p>Número de Horas realizadas/Número de Horas programadas*100</p> <p>Número de cuadros de turnos visados por líder de proceso y supervisor</p>	

PROCESO / OBJETIVO	IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION							MONITOREO Y REVISION						
	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCION (SI o NO)	ANALISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO				FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR			
						RIESGO INHERENTE			RIESGO RESIDUAL		ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL								
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PERIODO DE EJECUCION					ACCIONES	REGISTRO	
<b>GESTION FINANCIERA</b> Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contables en desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, azonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin de facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución.	Deficiencia en los controles para el manejo del dinero depositado en bancos	1	Que el Tesorero General realice malos manejos con el dinero depositado en las cuentas bancarias tales como retirars no autorizados o autoprestamos	Detrimiento patrimonial	SI	1	20	Moderada	El Contador realiza mensualmente conciliaciones para verificar la consistencia de los movimientos bancarios, comparando los movimientos registrados en los extractos bancarios y 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	1	4	Baja	Permanente	Conciliaciones bancarias y revisión de saldos para detectar movimientos irregulares	Conciliación bancaria	10/04/2020 10/08/2020 10/11/2020	Realizar Monitoreo trimestral al Mapa Riesgos de Corrupción,	Subgerente Administrativo	No. de transacciones irregulares detectadas
	Deficiencia en los controles para el manejo del dinero recaudado por facturación	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	Detrimiento patrimonial derivada de perdida de intereses financieros	SI	3	20	Extrema	El Tesorero General realizará cierre de las cajas de los centros de salud y las unidades hospitalarias a través del software de Gestión PANACEA. Semanalmente, se hará un recaudo del dinero disponible en cada una de las cajas de los Centros de Salud y lo consignará en el banco. En caso de que existan diferencias, se comunicará al Coordinador de Facturación para requerir a los facturadores lo faltante. Como evidencia se generará un acta de esta operación	3	5	Extrema	Permanente	Revisión periódica del sistema de información y reporte de la Relación de recibos de caja pendientes por consignar	Relación de los RC pendientes por consignar de cada zona  Actas de arqueo de caja	31/01/2020 28/02/2020 30/03/2020 30/04/2020 30/05/2020 30/06/2020 30/07/2020 30/08/2020 30/09/2020 30/10/2020 30/11/2020 30/12/2020	Realizar monitoreo mensual al mapa de riesgos de corrupción.	Subgerente Administrativo	Total mensual consignado en bancos/Valor total de los recaudos en efectivo
	Ausencia y/o deficiencia en los controles para el manejo del dinero de Cajas Menores	3	Destinación del dinero de caja menor para financiar gastos personales o gastos no autorizados por parte de los responsables.	Incumplimiento de los objetivos institucionales	SI	1	20	Moderada	El Tesorero General adelantará en cada trimestre un arqueo sorpresivo a las cajas menores para verificar la consistencia, pertinencia de los soportes de los gastos y la integridad de los valores entregados. En el evento de encontrarse diferencias, serán comunicadas a la Subgerencia Administrativa.  De la operación se generará un acta en donde conste el valor del dinero, recibos y las irregularidades, si las hay.	1	3	Baja	Trimestral	Arqueos a las Cajas Menores constituidas	Actas de arqueo de caja	30/03/2020 30/06/2020 30/09/2020 30/12/2020	Realizar Monitoreo trimestral al Mapa Riesgos de Corrupción,	Subgerente Administrativo	Monto de recursos utilizados correctamente/Monto total cajas menores
	Ausencia y/o deficiencia en el orden de pagos de cuentas a proveedores	4	El Tesorero puede favorecer a los proveedores en los pagos a cambio de dinero, regalos u otros beneficios	Deterioro de los indicadores de liquidez solvencia de la entidad	SI	1	20	Moderada	Mensualmente, el Tesorero General elaborará un plan de pagos a los proveedores, con base en los saldos disponibles y la edad de las cuentas por pagar, el cual será aprobado por el Subgerente Administrativo, para garantizar que los pagos se hagan sin favorecimientos o criterios subjetivos. Como evidencia La programación de pagos que deberá constar por escrito y estar firmada por el Subgerente Administrativo	1	3	Baja	Trimestral	Realizar una programación de pagos de acuerdo a la disonibilidad de recursos financieros y a la edad de las CXP	Plan de Pagos	31/01/2020 28/02/2020 30/03/2020 30/04/2020 30/05/2020 30/06/2020 30/07/2020 30/08/2020 30/09/2020 30/10/2020 30/11/2020 30/12/2020	Realizar monitoreo mensual al mapa de riesgos de corrupción,	Subgerente Administrativo	Valor pagos programados mes / Pagos realizados en el mes

PROCESO / OBJETIVO	IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION							MONITOREO Y REVISION						
	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN (SI o NO)	ANALISIS DEL RIESGO RIESGO INHERENTE			VALORACION DEL RIESGO				FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR			
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL							REGISTRO		
										PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO						PERIODO DE EJECUCION	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL
<b>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA.</b> Objetivo: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución.	1. Falta de adherencia al procedimiento estandarizado para la elaboración de estudios previos. 2. Falta de ética y compromiso con la entidad	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	1. Incumplimiento de las normas que regulan la actividad contractual de la entidad 2. Inicio de procesos disciplinarios, procesos de responsabilidad fiscal o procesos penales al funcionario que realiza esta actuación. 3. Demandas a la entidad por parte de terceros afectados por las malas practicas en los procesos de selección	si	1	10	Baja	El jefe de la oficina jurídica trimestralmente realizará capacitación sobre las normas internas y generales que rigen los procesos 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 en caso de una vinculación reciente de un funcionario a la oficina se programara una inducción personalizada sobre el tema. la evidencia actas de la capacitación con sus soportes	1	3	Baja	13/03/2020 12/06/2020 11/09/2020 11/12/2020	Capacitar a los funcionarios y al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión en la aplicación plena del manual de contratación en cada procedimiento de la entidad, en la observancia de las demás normas sobre contratación que rigen a las empresas sociales del estado, y en el código de integridad.	Actas de reuniones con sus soportes	29/03/2020 28/06/2020 27/09/2020 27/12/2020	Realizar monitoreo trimestral al mapa de riesgos de corrupción.	lider gestión jurídica	Numero de capacitaciones realizadas / numero de capacitaciones propuestas  No. De profesionales que presentan adherencia con la calificación de 90% / total de profesionales evaluados *100  Número de hallazgos notificados por los diferentes entes de control  Número de demandas presentadas contra la entidad
	1. Falta de atención en la evaluación y calificación de las ofertas presentadas en los diferentes procesos contractuales. 2. Desconocimiento del procedimiento de evaluación y verificación de requisitos en los procesos contractuales. 3. Falta de ética y compromiso con la entidad	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.	1. Manipulación al principio de selección objetiva 2. Evitar que la entidad tenga la posibilidad de adjudicar el contrato a un posible menor precio. 3. Demandas a la entidad por parte de terceros afectados.	si	3	10	Alta	El jefe de la oficina jurídica trimestralmente realizará capacitación sobre las normas internas y generales que rigen los procesos 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 en caso de una vinculación reciente de un funcionario a la oficina se programara una inducción personalizada sobre el tema. evidencia actas de la capacitación con sus soportes.	3	3	Moderada	13/03/2020 12/06/2020 11/09/2020 11/12/2020	Capacitar a los funcionarios y al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión en la aplicación plena del manual de contratación en cada procedimiento de la entidad, y en la observancia de las demás normas sobre contratación que rigen a las empresas sociales del estado.	Actas de reuniones con sus soportes	29/03/2020 28/06/2020 27/09/2020 27/12/2020	Realizar monitoreo trimestral al mapa de riesgos de corrupción.	lider gestión jurídica	Numero de capacitaciones realizadas / numero de capacitaciones propuestas  Número de hallazgos notificados por los diferentes entes de control  Numero de demandas presentadas contra la entidad
	1. Falta de adherencia a los procedimientos judiciales e inobservancia de los terminos allí consagrados 2. Falta de ética y compromiso con la entidad	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	1. Incumplimiento de las normas que regulan los procedimientos judiciales 2. Inicio de procesos disciplinarios, procesos de responsabilidad fiscal o procesos penales al funcionario que realiza esta actuación. 3. Condenas económicas a la entidad	si	1	10	Baja	El jefe de la oficina jurídica trimestralmente realizará capacitación sobre las leyes procesales y demas normas que regulen la materia para fortalecer y actualizar conocimientos a los funcionarios encargados de la defensa judicial de la entidad, y en caso de una vinculación reciente de un funcionario a la oficina se programará una inducción personalizada sobre el tema. De todo esto se dejan actas de la capacitación y listas de asistencia.  El funcionario encargado de la defensa judicial de la entidad trimestral realizará un reporte de los procesos judiciales adelantados para llevar un control de las sentencias condenatorias o absolutorias al jefe de la oficina jurídica, en caso de omisiones se oficiará a los juzgados pidiendo la respectiva información. De todo esto se deja copia física y digital del respectivo informe presentado	1	3	Baja	29/03/2020. 28/06/2020 27/09/2020 27/12/2020	Capacitar y mantener actualizado al grupo de funcionarios que tienen ingerencia en los procesos judiciales sobre las leyes procesales y demas normas que regulen la materia  Solicitar al funcionario encargado de la defensa judicial de la entidad un informe trimestral de la gestión judicial adelantada por la oficina.	Actas de reuniones  Documento de informe de gestion judicial adelantado por la entidad	29/03/2020 28/06/2020 27/09/2020 27/12/2020	Realizar monitoreo trimestral al mapa de riesgos de corrupción.	lider gestión jurídica	Numero de demandas presentadas contra la entidad.  Numero de sentencias a favor y en contra de la entidad.  Monto economico de las pretenciones/ monto economico de las condenas

IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION							MONITOREO Y REVISION							
PROCESO / OBJETIVO	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN (SI O NO)	ANALISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO				FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR			
						RIESGO INHERENTE			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL										
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PERIODO DE EJECUCION					ACCIONES	REGISTRO	
<b>GESTION DEL AMBIENTE Y RECURSOS FISICOS</b> Mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento total de maquinaria, equipos e insumos a las dependencias y centros de salud, asegurando la calidad y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad.	Falta de actualización de procedimientos e inventarios de los activos fijos de la Institución.  Falta de conocimiento y adherencia del procedimiento de "Bienes por traslado y Bienes por Inservibles."  Falta de asignación del responsable por dependencia de los activos fijos y bienes entregados.  Falta hacer auditorías físicas de manera esporádica.	1	Posibilidad de que el personal de bodega, de almacén o cualquier funcionario se apropie indebidamente de los bienes de la Institución o reciba algún beneficio económico para apropiarse de cualquier bien.	Detrimento patrimonial.  Investigaciones y sanciones disciplinarias y penales,	SI	5	10	Alta	Cada vez que se requiera, el responsable de cada dependencia previa solicitud por escrito al almacén general, deberá informar los movimientos de activos fijos que necesiten, con el fin que el Almacén registre en el formato establecido los traslados de activos fijos entre dependencias y centros de salud, de manera tal que el área de Almacén tenga el control sobre quién es el responsable de cada activo.  El coordinador de inventarios cada vez que ocurra, dentro del proceso de contratación del personal, realizará la debida asignación de los activos al inicio del contrato y se firmará un paz y salvo al momento de la finalización del mismo, lo anterior con el propósito de mantener un 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 inmediato a la subdirección administrativa para tomar las medidas pertinentes.  El personal de inventarios, realizará de manera anual la revisión de los inventarios en cada una de las sedes, de igual manera se realizarán visitas sorpresa, para realizar conteo (muestra de inventario), para evaluar el cumplimiento en la gestión de los inventarios y de los procedimientos en cuanto a activos fijos (entrega - traslados).	5	4	Alta	Permanente	Realización del traslado físico de los activos llevada a cabo directamente por los funcionarios encargados del inventario.  Implementación de los formatos de asignación, traslado y paz y salvo para cada funcionario. Realizar la verificación física de acuerdo a lo registrado en el sistema.  Toma de inventario físico 1 vez al año y esporádico a todas las sedes.	Formato de movimientos de traslados entre dependencias y centros de salud,  Formato de asignación de inventarios. Informe consolidado de inventarios con sus soportes.  Informes anual de inventario.  Reporte a responsable del inventario sorpresa realizado.	31/03/2020 30/06/2020 30/09/2020 31/12/2020	Realizar monitoreo trimestral al mapa de riesgos de corrupción.	Jefe Almacén General	Total de solicitudes cumplidas / total de solicitudes recibidas  Total activos en físico / total de activos asignados (muestra)
	Falta de compromiso del personal a cargo de los insumos despachados para realizar la baja de éstos.  Falta hacer auditorías físicas de manera esporádica.	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 o para favorecer a un tercero.	Detrimento patrimonial.  Afecta el cumplimiento en la prestación de los servicios que brinda la institución.  Investigaciones y sanciones disciplinarias y penales,	SI	3	10	Alta	El profesional de Apoyo de almacén se encargará de verificar la cantidad de insumos que existen en el Almacén, para lo cual se realizará mensualmente inventario por parte del mismo y se hará revisión a los despachos por parte del líder de recursos físicos, verificando que las entradas que se realizan al sistema coincidan en cantidades, insumo y precio con la factura física presentada por el proveedor y el cumplimiento de las fechas de recibo y despacho de las solicitudes realizadas por los diferentes centros de salud. Lo anterior con el propósito de llevar un 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.  Realizar esporádicamente chequeos en las áreas de almacenamiento asistencial, para verificar la rotación de los productos de consumo y papelería.	3	4	Alta	Permanente	Garantizar el inventario actualizado en el sistema. Realizar toma física del inventario que se encuentra en bodega.  Realizar seguimiento al recibo y despacho de las solicitudes.	Informe de inventario del sistema Vs. Real. Documento de despacho de las solicitudes.	31/03/2020 30/06/2020 30/09/2020 31/12/2020	Realizar monitoreo trimestral al mapa de riesgos de corrupción	Jefe Almacén General	Número de solicitudes de pedidos / total despachado

IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION							MONITOREO Y REVISION							
PROCESO / OBJETIVO	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN (SI o NO)	ANALISIS DEL RIESGO			VALORACION DEL RIESGO				FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR			
						RIESGO INHERENTE			RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL							
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PERIODO DE EJECUCION					ACCIONES	REGISTRO	
<b>GESTIÓN DE LAS TICS</b> 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. Social del Estado Instituto de salud de Bucaramanga ESE ISABU.	Falta de controles de acceso de los mismos con el fin de favorecer a funcionarios públicos o particulares o adulterar posibles pruebas en procesos disciplinarios, fiscales o penales Otrecimiento de dinero para vulnerar la información. (Causas Internas)	1	Posibilidad de que cualquier persona reciba dinero o dedivas por vulnerar la seguridad del sistema y permitir el acceso o modificación o eliminación de datos para beneficiar a un tercero	Daño de equipos y Perdida de información	SI	2	20	Alta	El ingeniero de infraestructura de ISABU realizara trimestralmente la revision del reporte que genera automaticamente el Firewall, que nos indica el numero de intento de ingresos fraudulentos a nuestro sistema de informacion 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 de la oficina asesora de planeacion mediante comunicacion interna con soportes del fallo. Como evidencia se anexara resumen del informe generado por el firewall.	2	4	Moderada	31/04/2020 30/07/2020 31/10/2020 31/12/2020	Revision periodica de las alarmas generadas por el software de control de intrusos (Firewall)	Informe del ingeniero de infraestructura con soporte del informe generado por el firewall	31/04/2020 30/07/2020 31/10/2020 31/12/2020	Realizar monitoreo trimestral al mapa de riesgos de corrupcion,	Lider Gestion de las TICS	Monitoreos realizados/Monitoreos propuestos  No de intentos de acceso fraudulento controlado/No de intentos totales de acceso fraudulento
	Falta de Controles en el inventario de equipos y las partes de los computadores pertenecientes a la ESE ISABU.	2	Posibilidad de que cualquier contratista o empleado de ISABU cambie o robe partes de equipos o equipos de computo para venderlos y asi obetener un beneficio economico.	Perdida de equipos y de información	si	2	20	Alta	La empresa contratada para el mantenimiento preventivo de los equipos de computo entregara un informe trimestral donde verificara al momento de realizar los mantenimientos que los equipos esten completos y los relacionara en los listados con numero de inventario para validar que no hayan sido robadas partes ni robados los equipos.	2	3	Baja	31/04/2020 30/07/2020 31/10/2020 31/12/2020	Informes trimestrales generados por el ingeniero de infraestructura del avance del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de computo,.	Informes trimestrales generados por el ingeniero de infraestructura del avance del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de computo,.	31/04/2020 30/07/2020 31/10/2020 31/12/2020	Realizar monitoreo Semestral al mapa de riesgos de corrupcion	Lider Gestion de las TICS	Monitoreos realizados/Monitoreos propuestos  No de Mantenimientos realizados /No de mantenimientos Planeados

PROCESO / OBJETIVO	CAUSA	N°	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN (SI O NO)	ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO					FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR		
						RIESGO INHERENTE			CONTROLES	RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL						
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO		PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PERIODO DE EJECUCIÓN					ACCIONES	REGISTRO
<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b> <b>PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL:</b> <b>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.</b>	Falta de ética del personal de servicios generales.	1	Posibilidad que operarios de servicios generales en conjunto con las empresas contratistas que realizan la recolección de residuos reciclables y peligrosos, reciban beneficios económicos o dadas por alterar los datos de pesaje.	Sanciones disciplinarias	Si	1	10	Baja	Gestión Ambiental realizará una (1) visita mensual de forma aleatoria a las unidades operativas de la ESE ISABU, para verificar que el pesaje registrado diariamente en los formatos institucionales concuerde con los registros del pesaje de las empresas contratistas.	1	3	Baja	30/04/2020 3/10/2020 31/12/2020	Al presentar inconsistencias entre los registros diarios de pesaje vs registros de pesaje externo y de ser comprobado dicha información se procederá a informar mediante oficio a los supervisores de los contratos quienes deberán tomar las acciones correctivas a que haya lugar.  Gestión Ambiental realizará inducción, reinscripción y/o capacitación y evaluación en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGRIHS), a los operarios de servicios generales, donde se especifique el correcto diligenciamiento de los formatos establecidos por la ESE ISABU para el control del pesaje, el cual debe coincidir con los formatos entregados por las empresas contratistas para la recolección.  Realizar inducción y reinscripción al personal de servicios generales.	Formato F-3600-02. Documento de Comunicación interno en caso de ser necesario.  Actas, listas de asistencia	30/04/2020 3/10/2020 31/12/2020	Realizar monitoreo cuatrimestral al mapa de riesgos de corrupción	Líder de proceso Gestión Ambiental	No. Visitas aleatorias para verificación del pesaje en un periodo de tiempo / No. Visitas para verificación de pesaje programadas en igual periodo de tiempo.  No. De inducciones reinscripciones y/o capacitaciones realizadas / total de capacitaciones programadas de acuerdo a la contratación.

PROCESO / OBJETIVO	IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION							MONITOREO Y REVISION						
	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCION (SI o NO)	ANALISIS DEL RIESGO			CONTROLES	VALORACION DEL RIESGO				FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR		
						RIESGO INHERENTE				RIESGO RESIDUAL		ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL							
						PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO		PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PERIODO DE EJECUCION					ACCIONES	REGISTRO
<b>GESTION DOCUMENTAL</b> Gestionar el documento con el fin de garantizar su adecuada distribución, trámite, organización, conservación y custodia con el propósito de disponer de la información oportunamente	Desconocimiento de la Norma	1	Possibilidad de que el personal de apoyo de archivo reciba dinero o dadvias por intervenir las unidades documentales, Ubicación, Falsificación o destrucción de un Documento a su favor o de terceros	Sancciones Disciplinarias Sancciones Fiscales Sancciones Penales	si	1	10	Baja	El Profesional de Gestion Documental, realizara Induccion y Reinduccion sobre los requerimientos de Ley General de Archivos implementados en la Institucion mediante el proceso y procedimientos de Gestión Documental adelantados en la entidad para fortalecer y actualizar conocimientos a los funcionarios de apoyo, en caso de una vinculación reciente de un funcionario o contratista de acuerdo a la dependencia se programara una Capacitacion según tema que corresponda personalizada sobre el tema. Como evidencia: se dejan Actas de Induccion y Reinduccion. Caracterización: Código 3.400 Version 2.0 Procedimientos: 3.400-1,2,3,4,5,6 y 7. Version 2.0 Publicados en Pagina Web.	1	3	Baja	30/04/2020 30/08/2020 30/12/2020	Divulgación de norma vigente a todo el Personal de la Institucion  Capacitación a los Funcionarios y Contratistas de la Institucion.  Realizar Auditoría sobre el Proceso de Gestión Documental a las diferentes dependencias de la Institucion	Comunicación Oficial Divulgacion de la Norma.  Actas de Induccion de Reinduccion consus respectivos soportes.  Actas de Auditorias Realizadas con sus respectivos soportes.	30/04/2020 30/08/2020 30/12/2020	Realizar Monitoreo trimestral al Mapade Riesgos de Corrupción.	Proceso Gestión Documental	Comunicacion Oficial  No. De capacitaciones y/o reinducciones realizadas / total de capacitaciones programadas *100  No. de Dependencias que presentan adherencia con la calificación de 80% / total de Dependencias evaluados *100  No. Auditorias realizadas / No. De auditorias programadas *100
	Falta de adherencia al proceso de gestion documental	1																	
<b>GESTION CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO</b> Realizar la investigación de las responsabilidades de las Sanciones Punitivas del Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU E.S.E. que incurrían en conductas o comportamientos incluidos en el Código Único Disciplinario y conlleven al incumplimiento de deberes y todas las demás que se encuentran imbradas en el marco de la Ley 734 del 2002.	1. La presión que un funcionario pueda ejercer sobre otro que tiene menos poder.	1	Que el funcionario omite investigar disciplinariamente o decida absolver de una sanción a un funcionario que cometió una falta disciplinaria recibiendo beneficios economicos o dadvias a cambio	1. Incumplimiento de las normas que regulan el procedimiento disciplinario 2. Inicio de procesos disciplinarios o procesos penales al funcionario que realiza esta actuación.	SI	1	10	Baja	El jefe de la oficina juridica semestralmente realizara capacitacion sobre la ley 734 de 2002 y demas normas que regulen la materia para fortalecer y actualizar conocimientos a los miembros del grupo de control disciplinario, y en caso de actualizaci3n o cambio en la legislación se programara una capacitación para actualizar el tema. De todo esto se dejan actas de la capacitación y listas de asistencia. El jefe de la oficina disciplinaria llevara 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 numero de quejas o procesos disciplinarios recibidos, el cual se revisara mensualmente para evitar omisiones. Queda como evidencia el libro radicator llevado de manera fisica y digital. El jefe de la oficina disciplinaria cada vez que se allegue una queja notificara a la procuraduria y/o personeria 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 radicator llevado de manera digital.	1	3	Baja	Capacitaciones: 10/04/2020 16/10/2020  Revisión del radicator de procesos:  Mensualmente	Capacitar y mantener actualizado al grupo de funcionarios que tienen ingerencia en los procesos disciplinarios sobre la ley 734 de 2002 y demas normas que regulen la materia  Elaboración de un radicator manual y digital de los procesos disciplinarios adelantados por la entidad y el estado en los que estos se encuentran.  Comunicaciones a la personeria y procuraduria para el ejercicio del poder preferente y comunicaciones al tribunal de etica medica.	Actas de reuniones con sus soportes  Informe planilla de excel con los datos de los procesos  oficios enviados a los diferentes entes de control	29/03/2020 28/06/2020 27/09/2020 27/12/2020	Realizar monitoreo trimestral al mapa de riesgos de corrupción.	lider gestión juridica	Numero de quejas recibidas/ Numero de quejas resueltas  Numero de procesos disciplinarios adelantados/ Numero de procesos disciplinarios que lleva la oficina  Numero de procesos disciplinarios archivados/ Numero de procesos disciplinarios que lleva la oficina  Numero de sanciones impuestas a los funcionarios/ Numero de procesos disciplinarios adelantados
	2. Aprovechamiento de los lazos de amistad existente entre los funcionarios de una misma entidad	1																	

PROCESO / OBJETIVO	IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION											MONITOREO Y REVISION				
	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCION (SI O NO)	ANALISIS DEL RIESGO				CONTROLES	VALORACION DEL RIESGO				ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL			FECHA	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
						RIESGO INHERENTE					RIESGO RESIDUAL				PERIODO DE EJECUCION	ACCIONES	REGISTRO				
						PROBABILIDAD	IMPACTO	CALEIFICACION	ZONA DEL RIESGO		PROBABILIDAD	IMPACTO	CALEIFICACION	ZONA DEL RIESGO							
<b>CONTROL A LA GESTION</b> 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.	1. Generar Modificaciones sin previa aprobación al Plan Anual de Auditorías.	1	Manipulación del Plan Anual de Auditorías de la de la Oficina de Gestión y Control Interno con el fin de generar beneficios a los procesos que tienen debilidades.	Afectar las acciones que permiten establecer las responsabilidades disciplinarias, sanciones y penas en los cuales pueden estar inmersos el funcionamiento.	si	1	1	3	Baja	la oficina de Gestión y Control Interno realizó las auditorías programadas cada cuatrimestre, para garantizar la transparencia en el cumplimiento de los roles, mediante auditorías y planes de mejoramiento a que halla lugar, así determinar si hay hallazgos concluidos irregulares en el ejercicio de la función, mediante informe final y los actos respectivos de cada auditoría.	1	1	3	Baja	20/05/2020 20/09/2020 20/09/2020	De acuerdo a los Auditorías realizadas y Planes de Mejoramiento emitidos por el personal de la E.S.E. ISABU en la región de pro casos de los procesos.	Presentación de informe final a Gerencia y Líderes de pro casos de los auditorías realizadas.	20/05/2020 20/09/2020 20/09/2020	Seguimiento a la ejecución del Plan Anual de Auditorías.	Oficina Gestión y Control Interno	No. Auditorías Realizadas / No. Auditorías Programadas *100
	Falta de Ética y/o Compromiso con la Entidad. Una institución de la información y el poder.	2	Beneficiar a personas realizando distintos o dentro o cambios de funciones en determinados procesos y penas públicas o privadas.	Afectar las acciones que permiten establecer las responsabilidades disciplinarias, sanciones y penas en los cuales pueden estar inmersos el funcionamiento.	si	1	1	3	Baja	Capacitar al personal en inducción y actualización de la cultura del autocontrol, lo cual ayuda al fortalecimiento de los procesos establecidos en la entidad, mediante informe, actos y formatos evidenciados en las capacitaciones.	1	1	3	Baja	20/05/2020 20/09/2020 20/09/2020	Con las capacitaciones de inducción y actualización de cultura al autocontrol personal de la E.S.E. ISABU permitió el fortalecimiento de los procesos establecidos en la entidad.	Presentación de informe final a Gerencia y Líderes de pro casos de los procesos de las capacitaciones al personal.	20/05/2020 20/09/2020 20/09/2020	Seguimiento al programa de capacitaciones en inducción o actualizaciones por a oficinas de Gestión y Control Interno.	Oficina Gestión y Control Interno	No. De capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas *100  No. De pro lecciones que presentan adherencia con la calificación de 100% / total de pro lecciones evaluadas *100