07

Popayán, 23 de octubre de 2017

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN
24 10 2017 11:21:34
Remitente LUIS ENRIQUE HURTADO HURTADO
Asunto INFORME
Destinatario DERLIN YURANI DELGADO
No. consecutivo de correo *100115992017* Fe 11:34

Doctora
DERLIN YURANI DELGADO RODRIGUEZ
Gerente
Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E
La ciudad

Asunto: Informe de evaluación a la Ejecución del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano segundo cuatrimestre del 2017.

Cordial Saludo

En cumplimiento de la ley 1474 del 12 de julio de 2011 "***Por medio de la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública"*** **,** del Plan General de Auditorias suscrito entre la Oficina Asesora de Control Interno y la Gerencia el 23 de diciembre de 2016 y del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano del hospital suscrito el 27 de febrero de 2017 presento el Informe de Seguimiento al Plan correspondiente al segundo cuatrimestre vigencia 2017.

Atentamente,

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.
SUBGERENCIA CIENTIFICA
FECHA: HORA. 2+20
FIRMA:

LUIS ENRIQUE HURTADO HURTADO
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Proyecto: CP Adriana María Reyes Rengifo – Afiliada participe ASPROIN
Revisó: Luis Enrique Hurtado Hurtado
Anexo: 34 folios.
Copia; Subgerente científico, Subgerente Administrativo.
Archivado en: Carpeta Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.
GERENCIA
FECHA 27 OCT 2017 HORA 2+33pm
FIRMA
34 folios
2+20 pm

INFORME DE AUDITORIA AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO SEGUNDO CUATRIMESTRE VIGENCIA 2017.

NOMBRE DE LA AUDITORIA.	Auditoria al cumplimiento el plan anticorrupción y de atención al ciudadano.
JEFE DEL PROCESO	Luis Enrique Hurtado Hurtado Contador Público –Jefe Oficina Asesora de Control Interno.
EQUIPO AUDITOR:	Adriana María Reyes Rengifo, Contadora Pública-Auxiliar Administrativa ASPROIN
OBJETIVOS DE LA AUDITORIA.	-Verificar el cumplimiento de lo establecido en la ley 1474 de 12 de julio de 2011 ***" Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública"*** -Evaluar y verificar el cumplimiento del documento estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano. -Verificar el cumplimiento de la Resolución N°0286 de 2017 "***Por la cual se reglamenta y se ajusta el Plan Anticorrupción para el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E."*** durante el segundo cuatrimestre de la vigencia.
ALCANCE DE LA AUDITORIA:	El informe en mención evalúa el periodo comprendido entre el 1 de mayo al 31 de agosto de 2017 referente al cumplimiento de los elementos del plan anticorrupción y de Atención al ciudadano a saber: Mapa de riesgos de corrupción y acciones para su manejo, estrategia antitrámites, mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, mecanismos para la transparencia y el acceso a la información.

MARCO LEGAL	Constitución Política de Colombia: 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. Los artículos relacionados con la lucha contra la corrupción son: 23, 90, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184, 209 y 270.
	Decreto 128 de 1976: ***"Por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las Juntas Directivas de las entidades Descentralizadas y de los representantes legales de éstas."***
	Ley 87 de 1993: ***"Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones."***
	Ley 80 de 1993: ***"Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública."***
	Ley 489 de 1998: ***"Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones."***
	Decreto 2145 de 1999: ***"Por la cual se dictan normas sobre el sistema Nacional de Control Interno de las entidades y***

MARCO LEGAL	***organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones."***
	Directiva presidencial 09 de 1999: ***"Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción."***
	Ley 850 de 2003: ***"Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas."***
	Ley 872 de 2003: Crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en su artículo 3° establece que dicho sistema es complementario con los Sistemas de Control Interno y de Desarrollo Administrativo.
	Decreto 1599 de 2005: ***"Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano y su anexo técnico MECI 1000:2005."***
	Decreto 943 de 2014: ***"Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI."***
	Ley 1474 de 2011: ***"Por el cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."***
	Decreto 2641 de 2012: ***"Por la cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la ley 1474 de 2011."***
	Decreto 734 de 2012: ***"Por el cual se reglamenta el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se dictan otras disposiciones."***
	Decreto Nacional 019 de 2012: ***"Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites***

MARCO LEGAL	***innecesarios existentes en la Administración Pública."*** Decreto 1450 de 2012: ***"Por la cual se reglamenta el Decreto – ley 019 de 2012."***
	Decreto 53 de 2012: ***"Por el que se corrigen unos yerros en el Decreto Legislativo 19 de 2012, "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública".***
	Ley 1778 de 2016: ***"Por la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción."***
METODOLOGÍA	Se solicitó mediante comunicaciones oficiales a las distintas áreas con elementos del plan anticorrupción y con base es las evidencias y los indicadores establecidos en el plan se procedieron a verificar y evaluar el cumplimiento durante el segundo cuatrimestre vigencia 2017.

COMPONENTE 1: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

Se evaluó la ejecución de las acciones desarrolladas en el mapa de riesgos de corrupción de los siguientes procesos: Almacén, Suministros, Sistemas, Subgerencia Administrativa y financiera, Subgerencia científica, SIAU, contabilidad, Oficina Asesora de Control Interno, Oficina Asesora Jurídica, y facturación.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN ALMACÉN.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017												
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". Año 2017											
Misión:	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.											
IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACIÓN	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo No.	Riesgo Descripción	Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
Gestión de suministros y almacén.	Falta de socialización de los procedimientos para la implementación de inventarios permanentes y periódicos de bienes de mayor y menor cuantía, además de definir responsables en los procesos administrativos y asistenciales, que permita mejorar el control de los mismos.	1	Apropiación o manejo inadecuado de control de los bienes de mayor y menor cuantía, por desconocimiento de los procedimientos y falta de asignación de responsables.	Importante	Preventivo	Reducción del riesgo.	1.Socialización de los procedimientos de Almacén según necesidad de las áreas	Abril a Diciembre de 2017.	Almacén	Número de lista de socialización realizadas/ Programadas.	Los procedimientos del almacén general se encuentran publicados en el aplicativo Intranet. El almacén general suscribió los siguientes procedimientos: Procedimiento responsables de bienes en servicio y Procedimiento de mantenimiento y recarga de extintores .Se evidencian listados de firmas de socialización con los servicios y áreas asistenciales	100%
							2. Actualizar en dinámica gerencial.Net los responsables de los inventarios por áreas y servicios.	Abril a Diciembre de 2017.	Almacén	Número de responsables de servicios o áreas administrativas actualizadas.	El jefe de almacén reportó un total de 59 procesos con actualización en los responsables de los inventario de mayor cuantía , pendiente 12 procesos	83%
Gestión de suministros y almacén.	Falta de control de inventarios de Propiedad, Planta y equipo no explotados, que por su acumulación y falta de espacio, se encuentran distribuidos en varias bodegas, las cuales no facilitan su conteo físico; debido a que el proceso de baja definitiva depende de otras actividades que deben ser realizadas por personal externo del Almacén: avaluó, inspección ocular, entre otros.	2	Falta de agilidad en el proceso de baja por causas externas al Área de Almacén.	Importante	Preventivo	Reducción del riesgo.	Realizar informe del proceso de baja de los bienes institucionales que lo amerite teniendo en cuenta el nuevo manual de manejo de bienes.	Junio de 2017.	Almacén	Informe de ejecución del proceso bajas.	Mediante comunicación oficial del 23 de marzo de 2017 enviada por la Ingeniera ambiental Amada Alomia al almacén general hace las siguientes precisiones: " *Es pertinente realizar la baja de los inservibles para evitar la proliferación de plagas, debido a la posible transmisión de enfermedades infectocontagiosas o consecuencia de vectores como el transmisor del dengue, la salmonelosis,entre otras. Se debe garantizar la salud y el bienestar del cliente interno y el cliente externo en general y evitar la contaminación del ambiente.* *Según , Residuos electrónicos ¿que hacer con ellos?, El Heraldo, 03 de junio de 2013, estos residuos contienen cantidades mínimas de materiales peligrosos, sustancias tóxicas como plomo, cadmio, cromo, mercurio, selenio, cobalto y arsénico pueden ser encontrados en tarjetas de circuitos, monitores, interruptores, baterías de computadores portátiles , etc.*	60%
Gestión de suministros y almacén.	Falta de control de inventarios de Propiedad, Planta y equipo no explotados, que por su acumulación y falta de espacio, se encuentran distribuidos en varias bodegas, las cuales no facilitan su conteo físico; debido a que el proceso de baja definitiva depende de otras actividades que deben ser realizadas por personal externo del Almacén: avaluó, inspección ocular, entre otros.	2	Falta de agilidad en el proceso de baja por causas externas al Área de Almacén.	Importante	Preventivo	Reducción del riesgo.	Realizar informe del proceso de baja de los bienes institucionales que lo amerite teniendo en cuenta el nuevo manual de manejo de bienes.	Junio de 2017.	Almacén	Informe de ejecución del proceso de bajas.	*"Durante su uso esto no representa peligro, pero cuando la vida útil de estos aparato termina, estas sustancias pueden escapar o filtrarse, y si fueran desechados en el suelo, el aire libre o en cuerpos de agua, ocurrirían un grave impacto al medio ambiente y pueden poner en riesgo la salud humana. Es por ese que es necesario disponer de ellos en lugares especializados.* *Los residuos de posconsumo, de acuerdo a la visita de la bodega de la dependencia de Almacén y el inventario presentado, se clasifican como residuos inservibles y pueden convertirse en foco de plagas y vectores generando impacto negativo sobre la salud y el medio ambiente. Se recomienda la disposición final con un gestor externo autorizado"* - Se cuenta con inventario y estudio técnico de chatarra del HUSJ. -El 7 de junio de 2017 se realizó inventario aleatorio de los bienes de menor cuantía para baja definitiva , durante el proceso de revisión se verificó la inutilidad de los elementos relacionados en el documento anexo, considerando que se puede continuar con el proceso de baja definitiva.	60%
Gestión de suministros y almacén.	Falta de control de inventarios de Propiedad, Planta y equipo no explotados, que por su acumulación y falta de espacio, se encuentran distribuidos en varias bodegas, las cuales no facilitan su conteo físico; debido a que el proceso de baja definitiva depende de otras actividades que deben ser realizadas por personal externo del Almacén: avaluó, inspección ocular, entre otros.	2	Falta de agilidad en el proceso de baja por causas externas al Área de Almacén.	Importante	Preventivo	Reducción del riesgo.	Realizar informe del proceso de baja de los bienes institucionales que lo amerite teniendo en cuenta el nuevo manual de manejo de bienes.	Junio de 2017.	Almacén	Informe de ejecución del proceso de bajas.	En el inventario realizado se llegó a la siguiente conclusión: "*Se recomienda al comité de bajas, de acuerdo con los establecido en el Manual para el manejo Administrativo de los bienes de propiedad del HUSJ, Resolución 0775 del 29 de diciembre de 2015, el continuar con el debido proceso de baja de los elementos incluidos en el documento de inventario anexo a la presente acta, total de activos incluidos en el inventario anexo trescientos veinticuatro (324).*	60%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN SUMINISTROS.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017												
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". Año: 2017											
Misión:	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.											
IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACION	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo		Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
		No.	Descripción									
Gestión de suministros y almacén.	Establecer aspectos que benefician a una persona natural o jurídica en particular en los estudios de necesidad. Falto de controles sobre los estudios de necesidad. Intereses personales.	3	Beneficiar a una persona natural o jurídica en particular para la elaboración de los estudios de necesidad.	Importante	Preventivo	Reducción del riesgo.	Socializar procedimiento.	Enero a diciembre de 2017.	Coordinadora de Suministros	Número de lista de socialización realizadas/Programadas.	Se evidencia socialización del procedimiento a través del envío de la circular N° 105 -04 del 29 de junio de 2017 por medio del aplicativo institucional Documet.	100%
							Informar los hallazgos a los entes de control.				No se evidencia casos en los cuales se haya hecho necesario informar a los entes de control sobre beneficios otorgados a personas naturales o jurídicas en la elaboración de estudios previos.	100%
							Verificación y aprobación de los pliegos por parte de la subgerencia administrativa y financiera				La oficina de suministros en conjunto con la Oficina Asesora Jurídica para posteriormente ser aprobados por la Subgerencia Administrativa y Financiera lo anterior con la finalidad de que se cumpla con lo establecido en la normatividad interna referente a contratación. La actividad por desarrollar se cerró en el primer seguimiento.	100%
Gestión de suministros y almacén.	Brindar información económica relacionada con precios de mercadeo para favorecer a una persona determinada	4	Entrega de precios del mercado para fijar el presupuesto oficial.	Importante	Preventivo	Reducción del riesgo.	Exigir soportes en estudios previos donde conste los precios de mercado actualizados.	Enero a diciembre de 2017.	Coordinadora de Suministros	Número de estudios previos con aprobación.	De manera permanente la oficina de suministros en conjunto con la Oficina Asesora Jurídica realizan revisión de los estudios de mercado con la finalidad de lograr soportar los estudios de necesidad ; posteriormente son aprobados por la Subgerencia Administrativa y Financiera. La actividad por desarrollar se cerró en el primer seguimiento.	100%
Gestión de suministros y almacén.	Falta de capacitación, en la elaboración de los estudios previos. Falta de asesoría y apoyo en la elaboración de los estudios previos. Falta de competencia para la elaboración de estudios previos en temas específicos.	5	Otorgamiento de contratos con estudios previos superficiales en su contenido.	Importante	Preventivo	Evitar el riesgo	Realizar capacitaciones en elaboración de los estudios previos del área de suministros.	Julio de 2017.	Coordinadora de Suministros	Número de colaboradores capacitados.	El 18 de enero de 2017 la Oficina de Suministros suscribió el Instructivo. Elaboración de estudios previos el cual tiene por objetivo : "Orientar, guiar y proporcionar a las áreas requirientes la información necesaria para la elaboración de los estudios previos conforme la normatividad vigente". Mediante circular N° 105 -04 del 29 de junio de 2017 la Oficina Asesora Jurídica realizó socialización del instructivo para la elaboración de estudios previos	100%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017												
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". Año: 2017											
Misión:	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.											
IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACIÓN	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo		Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
		No.	Descripción									
Gestión de la información y comunicaciones.	Falta de seguridad en las contraseñas de acceso al sistema institucional.	6	Sistemas de información susceptibles de manipulación e adulteración.	Importante	Preventivo	Evitar el riesgo	Renovar habilitado parámetro en DGE para exigir contraseñas seguras con fecha de caducidad y verificar periódicamente darse 123 de usuarios activos.	Febrero 2017/mensual.	Sistemas	Número de contraseñas seguras/Total de usuarios.	Se evidencia habilitación de parámetro en la empresa en protección para que el sistema DGE exija contraseñas seguras.	100%
							Solicitar el manual de seguridad de la información en la referente a la Gestión de contraseñas.	Agosto 2017.	Sistemas	Número de ciberataques con vulnerabilidades.	El 27 de julio de 2017 se socializó el Manual de seguridad, se encuentra publicado en el aplicativo intranet se socializó el Manual de seguridad de la información en algunos servicios asistenciales. En reunión del Comité de seguridad de la información se socializó el manual en mención.	100%
							Realizar conocimiento del manual.	Agosto 2017.	Sistemas			
Gestión de la información y comunicaciones.	Falta de seguridad en las contraseñas de acceso al sistema institucional.	6	Sistemas de información susceptibles de manipulación e adulteración.	Importante	Preventivo	Evitar el riesgo	Socializar el manual de seguridad de la información en la referente a la Adquisición, actualización y mantenimiento de software.	Agosto 2017.	Sistemas		El 27 de julio de 2017 se socializó el Manual de seguridad, se encuentra publicado en el aplicativo intranet se socializó el Manual de seguridad de la información en algunos servicios asistenciales. En reunión del Comité de seguridad de la información se socializó el manual en mención	100%
Gestión de la información y comunicaciones.	Incumplimiento de lo establecido en el Manual de Seguridad de la Información y la normatividad en derechos de autor.	7	Utilizar programas sin licencia.	Importante	Preventivo	Evitar el riesgo	Realizar inventario de licenciamiento.	Septiembre 2017.	Sistemas	Número de computadores con licencia /Total de computadores del Hospital.	Se evidencia avance satisfactorio en la realización del inventario de licenciamiento de los computadores de áreas y servicios asistenciales.	90%
Gestión de la información y comunicaciones.	Falta de gestión de contraseñas en cuanto del servidor centro de base de datos del Hospital.	8	Delitos informáticos o alteración de la información.	Importante	Preventivo	Evitar el riesgo	Modificar la contraseña del servidor cada 60 días y de acceso a la base de datos cada 6 meses según manual de seguridad de la información.	Marzo a diciembre 2017/Mensual.	Sistemas	Registro de nuevas contraseña de seguridad.	Se evidencia cambio de contraseñas de acceso a los servidores físicos cada 60 días o de acuerdo a las necesidades que se generen por parte del responsable de sistemas de información El jefe de sistemas de información envía lineamientos de control de contraseñas servidores físicos institucionales. La acción a desarrollar se cerró en el primer seguimiento.	100%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN SIAU.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017												
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". Año: 2017											
Misión:	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.											
IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACION	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo		Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
		No.	Descripción									
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	No disponer canales de interacción ciudadana para recibir comentarios, sugerencias, inquietudes para facilitar control y participación en toma de decisiones institucionales.	13	Riesgo de ausencia de participación ciudadana.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Ejecutar acciones de interacción con empleados y ciudadanos a través de varios canales de comunicación e información.	Cuatrimestral	Subgerencia administrativa/ SIAU.	Informe de ejecución de PQRS.	La oficina del SIAU a través de la utilización de los 11 buzones de sugerencias, recepción personalizada de los formatos de quejas y sugerencias , uso líneas telefónica y virtual a través de la página institucional , se evidencia su consolidación durante los meses de mayo, junio , julio y agosto para las quejas , sugerencias y peticiones y felicitaciones.	100%
							Seguimiento y respuesta a quejas relacionadas con vigilancia en el hospital.				Durante el segundo cuatrimestre el servicio de vigilancia tuvo el siguiente comportamiento de quejas: [illegible] Mediante comunicación oficial N° 100000152017 la Coordinadora del SIAU manifiesta el siguiente estado actual de los seguimientos a las quejas relacionadas con SERVAGRO empresa que presta el servicio de vigilancia: *"En el mes de mayo se recepcionaron cuatro (4) quejas , las cuales se respondieron con un porcentaje de respuesta del 100%, evidenciando el compromiso frente a esta actividad .* *En el mes de junio se recepcionó tres (3) inconformidades, se dio respuesta a una (1) obteniendo un porcentaje del 22,2% , se espera para el mes de julio esta actividad cumpla con la meta propuesta.* *En el mes de julio y agosto cumplió con el 100% de la meta propuesta. Cabe anotar que se está realizando seguimiento personalizado y se cuenta con el apoyo del jefe de talento humano de servagro.*	80,55%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017												
Entidad	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". Año: 2017											
Misión	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.											
IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACIÓN	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUIMIENTO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo		Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
		No.	Descripción									
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Mecanismos poco efectivos para obtención de información veraz, oportuna y segura para la toma de decisiones.	9	Toma de decisiones que vayan en contra de los intereses institucionales por sesgo en la información financiera institucional.	Importante	Preventivo	Evitar el riesgo.	Definir, revisar, priorizar las necesidades de información que se requieren de los diferentes procesos.	Cuatrimestral y de acuerdo a las necesidades.	Subgerencia científica, Administrativa.	Número de informes presentados de forma oportuna.	Se evidencia mediante las actas Nº 7 del 08 de mayo, Nº 8 del 18 de mayo, Nº 9 del 24 de mayo de 2017 del Comité Financiero ; la presentación de necesidades de información de las áreas financieras.	100%
							Realizar seguimiento a los subprocesos financieros para la presentación oportuna de la información financiera.				En reuniones efectuadas del Comité financiero se evidencia socialización y análisis del cumplimiento de los procedimientos financieros.	100%
							Socializar los procedimientos del área financiera.	Julio 2017		Número de socializaciones realizadas.	Mediante acta 01 del 7 de julio se evidencia la socialización de los procedimientos de contabilidad, presupuesto, costos, auditoría de cuentas, facturación, cartera y tesorería en la Subgerencia Administrativa y Financiera.	100%
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Controles precarios. Violación de los principios de transparencia y selección objetiva.	10	Riesgo de solicitar y/o recibir prebendas para trámite de cuentas o contratos que pongan al juicio del funcionario público.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Socialización del Manual de Contratación en la adquisición de bienes y servicios.	Agosto 2017.	Subgerencia científica, Administrativa.	Número de personas informadas/ Número de personas involucradas en la realización de contratación.	El 29 de agosto de 2017 mediante el aplicativo DOCUNET el subgerente administrativo y financiero socializó el Manual interno de contratación y el Estatuto de la contratación.	100%
							Revisión de la aplicación de los controles definidos en los procesos de supervisión de contratos.	Mensual			Se evidencia matriz de control en excel de la ejecución de contratos cuyo interventor es el Subgerente Administrativo y Financiero, dicha matriz contiene los siguientes items: Nº del contrato, Supervisor, Apoyo, Contratista, Tipo de contrato, Fecha inicial, Vigencia, Vencimiento de Pólizas, Valor inicial, Valor Adicional, Valor total , ejecución mes a mes del contrato.	100%
							Verificar los productos de cada contrato através del formato de seguimiento.	Mensual		Número de contratos que cumplen con el formato de seguimiento.	Se evidencia matriz de control en excel de la ejecución de contratos cuyo interventor es el Subgerente Administrativo y Financiero, dicha matriz contiene los siguientes items: Nº del contrato, Supervisor, Apoyo, Contratista, Tipo de contrato, Fecha inicial, Vigencia, Vencimiento de Pólizas, Valor inicial, Valor Adicional, Valor total , ejecución mes a mes del contrato.	100%
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Presiones políticas y económicas en todos los niveles , falta de rigurosidad en el análisis de la información en cada uno de los planes, programas y proyectos institucionales.	11	Riesgo de generar tráfico de influencias.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Realizar procesos de selección de forma pública.	SM	Subgerencia científica, Administrativa.	Informe del proceso de selección de personal.	De manera permanente se realiza la publicación de convocatorias en el SECOP cumpliendo con la normatividad vigente .	100%
							Socialización del código de buen gobierno y de ética institucional	Julio		Número de socializaciones realizadas.	Se encuentra publicado en el aplicativo intranet el Código de Ética y de Buen Gobierno. Los días 17 y 18 de julio de 2017 se realizó la socialización del Código de ética y de Buen Gobierno en las instalaciones del auditorio Antonio José Lemus Gurmen por parte de la Coordinadora Comité de Ética de la Investigación Científica. Se contó con la participación de 413 personas	100%
							Seguimiento al cumplimiento para planes y proyectos institucionales.	Septiembre		Informe de seguimiento.	La Oficina Asesora de planeación evalúa de manera trimestral los POAs institucionales de cada proceso de igual manera realiza las gestiones necesarias para la elaboración , aprobación y ejecución de los proyectos institucionales.	100%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017

Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE" Año 2017

Misión: Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.

IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACIÓN	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo No.	Riesgo Descripción	Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Incidencia determinante de una persona o grupo en la realización de una auditoria o informe y su resultado final por intereses personales o grupales que reducen la calidad y la validez de los reportes de la misma.	12	Riesgo de abuso de poder y acoso de cualquier tipo.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Dos reuniones anuales de sensibilización sobre el código de ética, código de buen gobierno y plan anticorrupción.	Agosto	Subgerente científico, Administrativa.	Número de reuniones realizadas	Se encuentra publicado en el aplicativo Intranet el Código de Ética y de Buen Gobierno. Los días 17 y 18 de julio de 2017 se realizó la socialización del Código de ética y de Buen Gobierno en las instalaciones del auditorio Antonio José Lemus Guzman por parte de la Coordinadora Comité de Ética de la Investigación Científica. Se contó con la participación de 413 personas	100%
							Realizar gestiones de seguimiento frente a posibles incumplimientos.	Noviembre		Presentación de informe.	No se evidenciaron casos de incumplimientos del Código de ética y de buen gobierno a tramitar por la Subgerencia Administrativa y Financiera.	100%
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	No disponer canales de interacción ciudadana para recibir comentarios, sugerencias, inquietudes para facilitar control y participación en toma de decisiones institucionales.	13	Riesgo de ausencia de participación ciudadana	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Ejecutar acciones de interacción con empleados y ciudadanos a través de varios canales de comunicación e información.	Cuatrimestral	Subgerencia administrativa/ SIAU.	Informe de ejecución de PQRS.	La oficina del SIAU a través de la utilización de los 11 buzones de sugerencias, recepción personalizada de los formatos de quejas y sugerencias, uso línea telefónica y virtual a través de la página institucional , se evidencia su consolidación durante los meses de mayo, junio , julio y agosto para las quejas , sugerencia y peticiones y felicitaciones. De igual manera se evidencia ejecución del plan de comunicaciones durante el segundo cuatrimestre de la vigencia.	100%
							Seguimiento y respuesta a quejas relacionadas con vigilancia en el hospital.	Cuatrimestral	Subgerencia administrativa/ SIAU.	Informe de ejecución de PQRS.	Durante el segundo cuatrimestre el servicio de vigilancia tuvo el siguiente comportamiento de quejas: [illegible]	80,55%
											Mediante comunicación oficial Nº 100098152017 la Coordinadora del SIAU manifestó el siguiente estado actual de los seguimientos a las quejas relacionadas con SERVIARO empresa que presta el servicio de vigilancia: *"En el mes de mayo se recepcionaron cuatro (4) quejas , las cuales se respondieron con un porcentaje de respuesta del 100%, evidenciando el compromiso frente a esta actividad .* *En el mes de junio se recepcionó tres (3) inconformidades, se dio respuesta a una (1) alcanzando un porcentaje del 33.3% , se espera para el mes de julio esta actividad cumpla con la meta propuesta.* *En el mes de julio y agosto cumplió con el 100% de la meta propuesta. Cabe anotar que se está realizando seguimiento personalizado y se cuenta con el apoyo del jefe de talento humano de servaro.*	80,55%
CALIFICACIÓN												92,00%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN SUBGERENCIA CIENTIFICA

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017

Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". Año: 2017

Misión: Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.

IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACION	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo		Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
		No.	Descripción									
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Mecanismos poco efectivos para obtención de información veraz, oportuna y segura para la toma de decisiones.	9	Toma de decisiones que vayan en contra de los intereses institucionales por sesgo en la información financiera institucional.	Importante	Preventivo	Evitar el riesgo.	Definir, revisar, priorizar las necesidades de información que se requieren de los diferentes procesos.	Cuatrimestral y de acuerdo a las necesidades.	Subgerencia cientifica	Número de informes presentados de forma oportuna.	Mediante las comunicaciones oficiales de fechas 03 de enero , 13 de marzo ,16 de marzo, 17 de mayo, 22 de mayo, 14 de junio propuesta de ajuste portafolio de servicios segundo semestre de 2017 se evidencia las solicitudes de necesidades en los servicios asistenciales por parte del Subgerente Cientifico.	100%
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Controles precarios. Violación de los principios de transparencia y selección objetiva.	10	Riesgo de solicitar y/o recibir prebendas para trámite de cuentas o contratos que sesguen el juicio del funcionario público.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Revisión de la aplicación de los controles definidos en los procesos de supervisión de contratos.	Mensual	Subgerencia cientifica, Administrativa.	Número de contratos que cumplen con el formato de seguimiento.	Se evidencia matriz de control en excel de la ejecución de contratos cuyo interventor es el Subgerente Administrativo y Financiero, dicha matriz contiene los siguientes items: N° del contrato, Supervisor, Apoyo, Contratista, Tipo de contrato, fecha inicial, Vigencia, Vencimiento de Pólizas, Valor inicial, Valor Adicional, Valor total , ejecución mes a mes del contrato.	100%
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Controles precarios. Violación de los principios de transparencia y selección objetiva.	10	Riesgo de solicitar y/o recibir prebendas para trámite de cuentas o contratos que sesguen el juicio del funcionario público.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Verificar los productos de cada contrato atraves del formato de seguimiento.	Mensual	Subgerencia cientifica, Administrativa.	Número de contratos que cumplen con el formato de seguimiento.	Se evidencia matriz de control en excel de la ejecución de contratos cuyo interventor es el Subgerente Administrativo y Financiero, dicha matriz contiene los siguientes items: N° del contrato, Supervisor, Apoyo, Contratista, Tipo de contrato, fecha inicial, Vigencia, Vencimiento de Pólizas, Valor inicial, Valor Adicional, Valor total , ejecución mes a mes del contrato.	100%
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Presiones políticas y económicas en todos los niveles , falta de rigurosidad en el análisis de la información en cada uno de los planes, programas y proyectos institucionales.	11	Riesgo de generar tráfico de influencias.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Socialización del código de buen gobierno y de ética institucional.	Julio	Subgerencia cientifica, Administrativa.	Número de socializaciones realizadas.	Se encuentra publicado en el aplicativo Intranet el Código de Ética y de Buen Gobierno. Los días 17 y 18 de julio de 2017 se realizó la socialización del Código de ética y de Buen Gobierno en las instalaciones del auditorio Antonio José Lemus Guzman por parte de la Coordinadora Comité de Ética de la investigación Científica. Se contó con la participación de 413 personas .	100%
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Presiones políticas y económicas en todos los niveles , falta de rigurosidad en el análisis de la información en cada uno de los planes, programas y proyectos institucionales.	11	Riesgo de generar tráfico de influencias.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Seguimiento al cumplimiento para planes y proyectos institucionales.	Septiembre	Subgerencia cientifica, Administrativa.	Informe de seguimiento.	La Oficina Asesora de planeación evalúa de manera semestral los POAs institucionales de cada proceso de igual manera realiza las gestiones necesarias para la elaboración , aprobación y ejecución de los proyectos institucionales.	100%
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Incidencia determinante de una persona o grupo en la realización de una auditoría o informe y su resultado final, por intereses personales o grupales que reducen la calidad y la validez de los reportes de la misma.	12	Riesgo de abuso de poder y acoso de cualquier tipo.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Dos reuniones anuales de sensibilización sobre el código de ética, código de buen gobierno y plan anticorrupción.	Agosto	Subgerente cientifica, Administrativa.	Número de reuniones realizadas.	Se encuentra publicado en el aplicativo Intranet el Código de Ética y de Buen Gobierno. Los días 17 y 18 de julio de 2017 se realizó la socialización del Código de ética y de Buen Gobierno en las instalaciones del auditorio Antonio José Lemus Guzman por parte de la Coordinadora Comité de Ética de la investigación Científica. Se contó con la participación de 413 personas .	100%
							Realizar gestiones de seguimiento frente a posibles incumplimientos.	Noviembre		Presentación de informes.	No se evidenciaron casos de incumplimientos del Código de ético y de buen gobierno a tratar por la Subgerencia Administrativa y Financiera.	N/A.
TOTAL												100%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN COMUNICACIONES.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017												
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". Año: 2017											
Misión:	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.											
IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACION	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo		Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
		No.	Descripción									
Gestión de la información y comunicaciones	Información y/o resultados negativos que afecten la imagen de la institución. Abuso de su cargo y falta de compromiso	23	Ocultar a la ciudadania la información considerada pública.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Publicar información en la página web según normatividad.	Abril a diciembre 2017 y/o según necesidad.	Comunicaciones	Informe anual de publicaciones.	Se evidencia actualización permanente de la página web de la entidad y cumplimiento en la ejecución el plan de comunicaciones por parte del coordinador de comunicaciones.	100%
							Manejo adecuado de la información al momento de publicar en la página web.					100%
CALIFICACIÓN												100%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN CONTABILIDAD.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017												
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". Año: 2017											
Misión:	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.											
IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACION	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo		Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
		No.	Descripción									
Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones.	Información incompleta y no conciliada. Presentar de manera extemporánea las declaraciones tributarias. Incumplimiento de los términos establecidos por la Contaduría General de la Nación para el cargue de la información financiera del Hospital y otros entes de control.	14	Extemporaneidad en la presentación de los informes a entes de control y vigilancia del hospital (DIAN, Contaduría General de la Nación).	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Realizar un cronograma con fechas de entrega de informes a entes de control.	Trimestre	Jefe de Contabilidad	Informes oportunos.	Se evidencia cronograma en el cual contiene los informes a rendir durante la vigencia a los entes de control. La actividad por desarrollar se ejecutó en el primer cuatrimestre.	100%
							Presentar informe en los términos definidos por la DIAN las declaraciones tributarias.				Se evidencia la presentación de las declaraciones de retención en la fuente, retención de ICA y declaraciones de IVA.	100%
							Presentar informes en los términos definidos por la Contaduría General de la Nación y demás entes de control los informes respectivos.			Número de informes presentados.	Se evidencia la presentación ante la Contaduría General de la Nación los informes trimestrales por parte de Contabilidad.	100%
CALIFICACIÓN												100%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN JURIDICA.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017												
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". **Año:** 2017											
Misión:	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.											
IDENTIFICACIÓN				**ANÁLISIS DEL RIESGO**		**MEDIDAS DE MITIGACION**	**SEGUIMIENTO**				**EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE**	
Proceso	**Causas**	**Riesgo**		**Valoración del Riesgo**	**Tipo de Control**	**Tratamiento**	**Actividades por desarrollar**	**Fecha de terminación**	**Responsables**	**Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento**	**Ejecución**	**Calificación**
		No.	**Descripción**									
Gestión jurídica	No cumplimiento del código de ética y sus valores.	16	Soborno (Cohecho) . Aceptar o solicitar una dádiva a cambio de realizar u omitir un acto inherente a su cargo.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Socializar el código de ética y valores institucionales en el área de Jurídica. Evaluación de conocimientos con prestes y postes.	Junio 2017	Jefe Oficina Jurídica	N° de personas capacitadas / Total personal del área.	Se evidencia lista de socializaciónn del Código de ética y de Buen Gobierno del 4 de agosto de 2017.	100%
	Falencia en la revisión Jurídica del proceso por la Oficina Asesora Jurídica.	17	Celebración indebida de contratos.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Control de legalidad a todos los procesos de contratación.	Enero a Diciembre de 2017.	Jurídica	N° de contratos legalizados / Total de contratos asignados en un periodo.	De manera permanente la Oficina Asesora Jurídica realiza control de legalidad a través del diligenciamiento de matriz con toda la información de los contratos.	100%
	Falta de control entre el área requirienta y el resto de personal que interviene en el proceso de contratación.	18	Estudios previos deficientes y manipulados.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Socializar el instructivo para la socialización de estudios previos.	Junio 2017	Jurídica	Actas de socialización.	El 29 de junio de 2017 la Oficina Asesora Jurídica mediante el aplicativo Docunet socializó al instructivo para la elaboración de estudios previos.	100%
CALIFICACIÓN												100%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN FACTURACIÓN.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017												
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". Año: 2017											
Misión:	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.											
IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACIÓN	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo		Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
		No.	Descripción									
Gestión de facturación y auditoría de cuentas	Cobrar a favor personal los servicios que presta el H.U.S.J. (Ejemplo: Imágenes cirugía)	19	Cobrar servicios a favor personal.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Socializar el mecanismo de identificación de casos de reportados y realizar seguimiento a los casos reportados.	Abril 2017	Facturación	N° de casos en seguimiento/ Total de casos reportados.	La coordinación del proceso no reportó informe de ejecución ni evidencias.	0%
							Socializar los valores institucionales.			N° de personas capacitadas/ Total personal del área.	La coordinación del proceso no reportó informe de ejecución ni evidencias.	0%
	Dejar de cobrar servicios facturables ofertados por el H.U.S.J.	20	Detrimento patrimonial	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Programar jornadas de retroalimentación y/o actualización al personal del área en cuanto a la Normatividad vigente aplicable al proceso de facturación.	Abril a septiembre de 2017 y/o según necesidad.	Facturación	N° de personas capacitadas / Total personal del área.	La coordinación del proceso no reportó informe de ejecución ni evidencias.	0%
							Realizar trazabilidad mensual a la factura.	Enero a diciembre de 2017.		Informe de trazabilidad facturas mensual.	La coordinación del proceso no reportó informe de ejecución ni evidencias.	0%
							Cumplir con las fechas programadas de Radicación con las diferentes ERP.	Enero a diciembre de 2017.		Informe de Radicación mensual	La coordinación del proceso no reportó informe de ejecución ni evidencias.	0%
Gestión de facturación y auditoría de cuentas	Desconocimiento y/o del código de ética del Hospital.	21	Pérdida del efectivo en el área de facturación.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Socializar al personal del área sobre el código de ética y los riesgos de corrupción.	Mayo de 2017	Facturación	Número de personas capacitadas/ Total personal del área.	La coordinación del proceso no reportó informe de ejecución ni evidencias.	0%
							Evaluar la adherencia de los procedimientos que generan de recibos por pago de servicios de salud.	Abril a septiembre 2017 y/o según necesidad		Porcentaje de adherencia a procedimiento	La coordinación del proceso no reportó informe de ejecución ni evidencias.	0%
							Informar a los entes de control de la institución.			N° de casos reportados.	La coordinación del proceso no reportó informe de ejecución ni evidencias.	0%
CALIFICACIÓN												0%

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION 2017												
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN "ESE". Año: 2017											
Misión:	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.											
IDENTIFICACIÓN				ANÁLISIS DEL RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACION	SEGUIMIENTO				EVALUACIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE	
Proceso	Causas	Riesgo No.	Riesgo Descripción	Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de terminación	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento	Ejecución	Calificación
Control Interno. Financiera. Tesorería.	Debilidades en el control de las cajas generales y en la ejecución de caja menor.	15	Inadecuado manejo de los dineros recaudados en las cajas generales y en la ejecución de caja menor.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Realizar arqueos periódicos a las cajas generales y caja menor.	31/12/2017	Control Interno	Número de arqueos realizados.	Julio: Julio 26 de 2017: Se realizó arqueo de caja menor a cargo de Oscar Javier Lopez Gómez. Julio 19 de 2017:Se realizó arqueo de caja general consulta externa a su responsable Lina Fernanda Muñoz Mosquera. Julio 19 de 2017: Se realizó arqueo de caja general urgencias la cual está a cargo de Mónica Muñoz Mosquera. Julio 19 de 2017: Se realizó arqueo de caja general rayos x a cargo de Rosa María Muñoz Quisoboni. Julio 19 de 2017: Se realizó arqueo de caja general consulta externa a cargo de Yesika Eliana Franco Cruz.	100%
Control Interno. Financiera. Tesorería.	Debilidades en el control de las cajas generales y en la ejecución de caja menor.	15	Inadecuado manejo de los dineros recaudados en las cajas generales y en la ejecución de caja menor.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Realizar arqueos periódicos a las cajas generales y caja menor.	31/12/2017	Control Interno	Número de arqueos realizados.	Agosto: Agosto 23 de 2017:Se realizó arqueo de caja general de consulta externa a su responsable Sandra Ximena San Juan Muñoz. Agosto 23 de 2017: Se realizó arqueo de caja general urgencias a cual está a cargo de Maribel Hurtado. Agosto 23 de 2017: Se realizó arqueo de caja general rayos x a cargo de Rosa María Muñoz Quisoboni. Agosto 23 de 2017: Se realizó arqueo de caja general de consulta externa a cargo de consulta externa Melba María Muñoz Dorado. Agosto 23 de 2017: Se realizó arqueo de caja general de consulta externa a cargo de Yesika Eliana Franco Cruz. Agosto 30 de 2017: Se realizó arqueo de caja menor a cargo de Oscar Javier López Gómez.	100%
Control Interno. Financiera. Tesorería.	Debilidades en el control de las cajas generales y en la ejecución de caja menor.	15	Inadecuado manejo de los dineros recaudados en las cajas generales y en la ejecución de caja menor.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo.	Realizar arqueos periódicos a las cajas generales y caja menor.	31/12/2017	Control Interno	Número de arqueos realizados.	Septiembre: Septiembre 26 de 2017: Se realizó arqueo de caja menor a cargo de Oscar Javier López Gómez. Septiembre 19 de 2017:Se realizó arqueo de caja general de consulta externa a su responsable Angela María Muñoz Palacio. Septiembre 19 de 2017: Se realizó arqueo de caja general urgencias a cual está a cargo de Orlando Bojorge. Septiembre 19 de 2017: Se realizó arqueo de caja general rayos x a cargo de Rosa María Muñoz Quisoboni. Septiembre 19 de 2017: Se realizó arqueo de caja general de consulta externa a cargo de Melba María Muñoz Dorado. Septiembre 19 de 2017: Se realizó arqueo de caja general de consulta externa a cargo de Yesika Eliana Franco Cruz.	100%
CALIFICACIÓN												100%

COMPONENTE 2: ESTRATEGIA ANTITRÁMITES

Nombre del trámite: Asignación de citas.

ACCIONES A IMPLEMENTAR	EJECUCIÓN	CALIFICACIÓN
Reunión cada trimestre con EPS con el fin de evaluar el proceso, de acuerdo a los hallazgos encontrados.	Se evidencia la realización de reuniones con las siguientes entidades:	100%
Reunión cada trimestre con EPS con el fin de evaluar el proceso, de acuerdo a los hallazgos encontrados.	Acta del 18 de agosto de 2017 reunión efectuada con el IMPEC : En el orden del día se analiza la asignación de citas del personal privado de la libertad, análisis de inasistencias debido a dificultadades con el traslado de este personal. Se coordina trabajar en un mismo sitio el abogado, la enfermera y el auxiliar de enfermería. Reforzar a los dragoneantes la importancia de la comunicación efectiva con el personal del área de la salud.	100%
Reunión cada trimestre con EPS con el fin de evaluar el proceso, de acuerdo a los hallazgos encontrados.	Acta del 12 de julio de 2017 reunión efectuada con ASMET SALUD: En el orden del día se realiza agenda gris del mes de julio, se les informa las formas de asignación de citas , correo electrónico entre EPS y HUSJ , vía telefónica y personalizada. Se hace entrega de los números telefónicos de consulta externa, la empresa ASMET enviará cada mes los listados filtrados de pacientes, se refuerza el contenido de la resolución 1552 del 2013.	

ACCIONES A IMPLEMENTAR	EJECUCIÓN	CALIFICACIÓN
Reunión cada trimestre con EPS con el fin de evaluar el proceso, de acuerdo a los hallazgos encontrados.	Acta del 19 de julio de 2017 reunión efectuada con la empresa MALLAMAS : En el orden del día los representantes de MALLAMAS EPS manifiestan estar de acuerdo con con la forma de asignación de citas que se maneja actualmente en la cual ellos envían el listado de sus usuarios y el hospital asigna las citas y se reenvían la primera semana de cada mes. Se les informa que se está llevando a cabo llamadas a los usuarios recordándoles las citas a los usuarios . Se informa que se inició convocatoria para especialistas en cardiología, medicina del dolor, fisiatria, gastroenterología.	100%
Evaluar mes a mes los errores en la asignación de las citas generadas por el sistema y tratados en la reunión con el personal correspondiente.	Se evidencia matriz en excel de control en el procesos desde la asignación de citas hasta su finalización la cual tiene los siguientes items: Especialidad, nombre del médico, fecha de la cita, N° del documento del paciente, nombre del paciente, teléfono del paciente, estado del paciente, usuario asignado , observaciones y EPS.	100%
Socializar el procedimiento de asignación de citas médicas .	El procedimiento de asignación de citas médicas directas suscrito el 28 de septiembre de 2016 se encuentra publicado en la página del hospital en el aplicativo intranet. Se evidencia acta de realizada el 5 de julio de 2017 con el personal de consulta externa en la cual se realizó análisis de la asignación de citas de especialistas del mes de junio .	100%

Nombre del trámite: Copia de historia clínica.

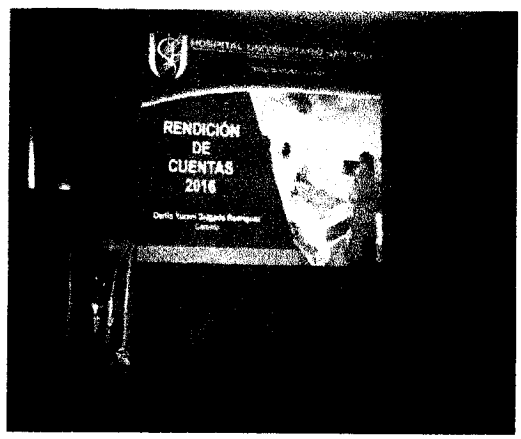
ACCIONES A IMPLEMENTAR	EJECUCIÓN	CALIFICACIÓN
Reunión con área de sistemas para tratar el tema de restricción del acceso de historia clínica a personal no autorizado.(Abril).	El 25 de abril se realizó reunión del Comité de Historia Clínica y se trataron temas referentes a : seguridad del paciente, contrato de compra de equipos, seguridad de la información en la historia clínica, control de impresión de la historia clínica, concentimiento implícito. Se presento por parte de calidad monitorización de la historia clínica manifiesta que se encuentra en un 87,6% de la meta que es 95% y expone los inconvenientes generados para extraer la información del aplicativo ; de lo anterior se definen tareas. Por parte de la coordinación de cirugia sugiere como tarea revisar y actualizar los acrónimos . Por parte de la coordinación de urgencias se sugiere que en conjunto con sistemas se realicen ajustes a la historia clínica incluyendo riesgos clínicos detectados en el Triage, escala de glasgow, indice revisado de trauma. Se adquiere el compromiso de la coordinación de cirugia de realizar la propuesta de procedimiento de interconsultas. La lider de seguridad del paciente sugiere que la historia clínica sistematizada genere alarmas visibles en los casos de alergias para prevenir eventos adversos por alergias. La acción correctiva se realizó en el periodo establecido en el plan y se cerró en el primer seguimiento.	100%
Aplicar la normatividades de protección y custodia de los datos en la institución (ley 1581 de 2012 y decreto 1733 de 2013) .(Mayo).	El 04 de mayo de 2017 se realizó reunión del Comité de Seguridad de la información estableciendose como tareas socializar el manual de política de la seguridad y política de gerencia de la información de igual manera elaborar y socializar diagnóstico sobre la seguridad de la información. El 18 de mayo de 2017 se suscribio el acta N° 002 del Comité de seguridad de la información en la cual se socializó el Manual de Seguridad de la información el cual contiene los principios básicos, definiciones, seguridad física y ambiental, controles de acceso físico, protección y ubicación de equipos y repositorios de información, mantenimiento del equipo, pérdida daño o traslado de equipos o repositorios de información , seguridad en el recurso humano, selección del personal, finalización de vinculación laboral o cambio de rol, clasificación y organización de la información,prevención del deterioro de archivos físicos, conservación preventiva en espacios de archivo en relación con las condiciones locativas, adquisición actualización y licenciamiento de software, uso responsable de activos y recursos (intranet , internet , correo electrónico), equipos archivos dispositivos removibles, recursos compartidos, control de acceso a la información, acceso a la red cableada e inalámbrica, perfiles de usuarios, gestión de contraseñas, gestión de seguridad para telecomunicaciones e infraestructura , protección perimetral, copias de seguridad de configuraciones en servidores, planes de contingencia, monitoreo del uso de sistemas. Se definieron las siguientes tareas: Entregar oficio a la alta gerencia manifestando la necesidad de la adquisición de los servidores. Elaboración de procedimiento para identificación de riesgos de pérdida de información en cada uno de los procesos. La acción correctiva se desarrolló en el periodo establecido por el plan.	100%
Ajustar el procedimiento de préstamo de historia clínica a los entes judiciales. (Mayo).	El 05 de agosto de 2017 se actualizó el procedimiento entrega de historia clínica a usuarios internos del Hospital . Se definió por objeto lo siguiente: ***" Apoyar en el desarrollo de las investigaciones en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos, ética médica y procesos administrativos".***	100%
Revisión del procedimiento para aclarar la responsabilidad del pago de la copia de historia clínica. (Junio). Gestionar la expedición de una resolución por medio de la cual el Hospital defina el costo del folio a fotocopiar o imprimir la historia clínica y el responsable de dicha actividad.	No aplica la suscripción de procedimiento toda vez que el hospital no tiene a su cargo el cobro de fotocopiado de historia clínica. Al respecto la Coordinadora de Sistemas de información y estadistica menciona mediante constancia de fecha 13 de agosto de 2017 que el servicio de fotocopiado está a cargo del contratista UTILGRÁFICAS el cual tiene contrato con el hospital y es el encargado de realizar los cobros respectivos.	100%
TOTAL		100%

Nombre del trámite: Facturación de servicios.

ACCIONES A IMPLEMENTAR	EJECUCIÓN	CALIFICACIÓN
Socializar y evaluar adherencia a los procedimientos de facturación (mensual).	La coordinación del proceso no hizo entrega de ejecución ni evidencias.	0%
Escanear los soportes oportunamente los resultados de procedimientos y actividades que no se encuentren en DGH , endoscopia, ecocardiograma, banco de sangre, imagenología y electromiografias (mensual).	La coordinación del proceso no hizo entrega de ejecución ni evidencias.	0%
TOTAL		**0%**

COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS

Fortalezas:



Con la finalidad de dar cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI y al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano el hospital ejecutó su proceso de rendición de cuentas el 27 de abril de 2017 en el auditoria del Centro Administrativo CAM de la alcaldía municipal de Popayán.

Para el desarrollo del evento el periodista del área de comunicaciones realizó la invitación a 150 personas incluidas los miembros de la Junta Directiva del hospital, consejo municipal, asamblea departamental, secretarias de salud y organismos del estado.

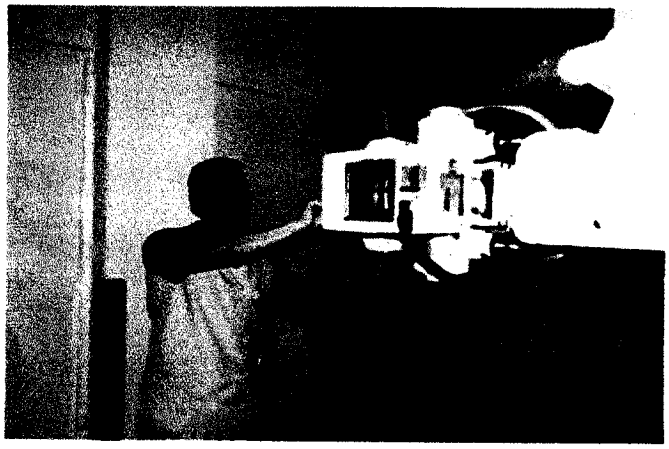
BOLETÍN INSTITUCIONAL: Durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2017 el área de comunicaciones publicó los siguientes boletines institucionales:

HOSPITAL SAN JOSE

BOLETIN DE PRENSA

04 de Agosto de 2017

Hospital Universitario San José de Popayán cuenta con nuevos equipos en el Area de Imágenes Diagnosticas.



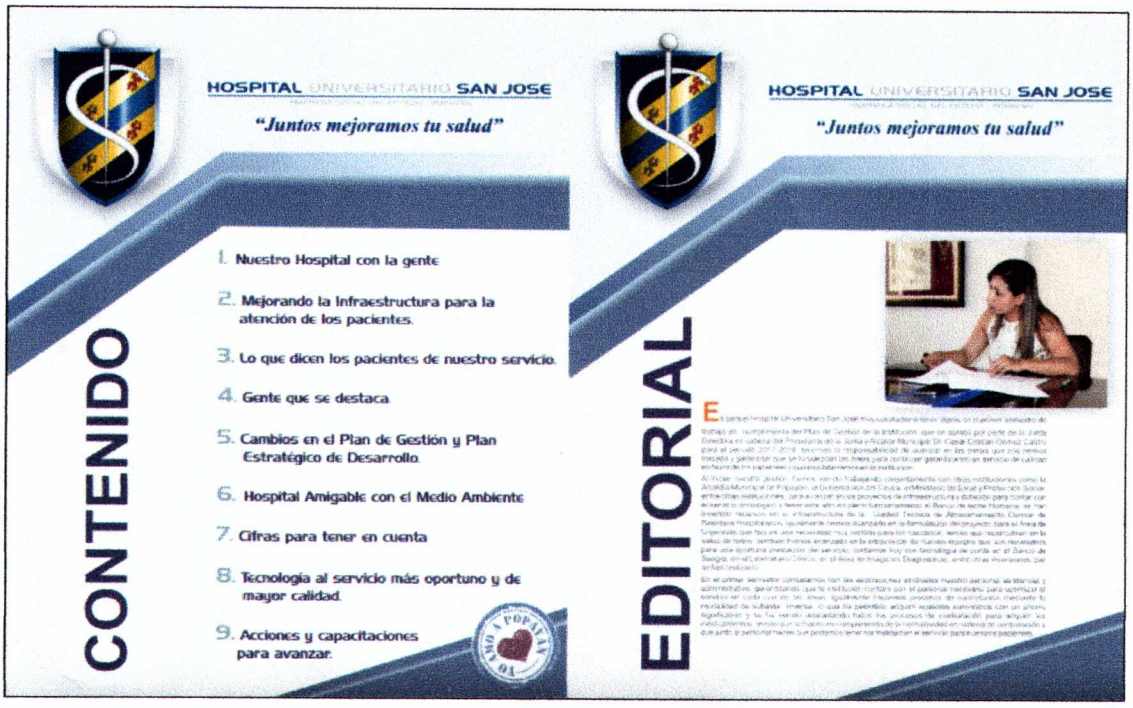
Directivos del Hospital presentaron los nuevos equipos que estarán al servicio de los pacientes del suroccidente colombiano.

La encargada de presentar las inversiones fue la Gerente Darin Delgado Rodriguez, que manifestó que gracias a la gestión ante el Ministerio de Salud y Protección Social y la inversión de recursos propios del hospital se logró adquirir los equipos que fueron instalados este semestre.

"Nuestros pacientes hoy cuentan con una Area de Imágenes Diagnosticas bien equipada, en primer lugar se instaló con una inversión de $700.612.488, el Nuevo equipo de Rayos X Digital Directo, también tenemos hoy el Optivantage™ DH Sistema de Inyección de medios de contraste para radiología y un Digitalizador de imágenes, los tres son tecnología de punta que nos permite prestar un servicio de oportunidad, igualmente se adelantó la capacitación con nuestros funcionarios" señaló la Gerente.

El Hospital Universitario San José de esta forma viene adelantando inversiones proyectadas en el Plan de Desarrollo Institucional permitiendo avanzar en materia de equipos y tener una Area de Imágenes Diagnosticas renovada para el creciente número de personas que son atendidas diariamente.

El área de comunicaciones publicó boletín semestral que contiene los resultados obtenidos por el hospital.



COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO:

Acción de tutela: La Oficina Asesora Jurídica responde las acciones de tutela en los términos legales establecidos.

Derecho de petición: El hospital da respuesta a los derechos de petición colocados por la ciudadanía en los 15 días hábiles legales.

Buzón de Sugerencias: Se evidencia el uso de los 11 buzones de sugerencias por parte de los usuarios internos y externos de igual manera la consolidación y clasificación de los formatos de PQRS por parte del área del SIAU.

ATENCIÓN DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS EN LA OFICINA SIAU.

Medición de la satisfacción del usuario.

Durante el segundo cuatrimestre de la vigencia la Oficina de Sistema de información y atención al usuario ha realizado el siguiente consolidado de PQRS:

MES	QUEJAS	SUGERENCIAS Y PETICIONES	FELICITACIONES
MAYO	59	42	315
JUNIO	91	22	305
JULIO	63	29	275
AGOSTO	65	24	236
TOTAL	**278**	**117**	**1.131**

Página web actualizada: Se evidencia actualización permanente de la página web de la entidad por parte del área de comunicaciones. Cumple con la publicación de la información relacionada con el elemento N° 5 (Mecanismos para la transparencia y el acceso a la información) del plan anticorrupción y de atención al ciudadano de la vigencia.

Inscripción de oferentes: La página web de la Entidad cuenta con el formulario de oferentes el cual es diligenciado para pertenecer al directorio de oferentes y poder participar en las licitaciones públicas bajo lo establecido en el Estatuto y Manual de Contratación Institucional.

Sistema integral de atención al usuario: Se cuenta con la Oficina de Sistema de atención al usuario, la cual se encarga de recepcionar las quejas, felicitaciones y sugerencias por los medios de comunicación existente así mismo realiza la consolidación de esta información y los planes de mejora respectivos.

Liga de usuarios: Se evidencian las siguientes reuniones de la liga de usuarios durante el segundo cuatrimestre de la vigencia:

Nº ACTA	FECHA	TEMAS TRATADOS
5	22 de mayo de 2017	Comunicación oficial en la cual la liga expresa situaciones presentadas en el hospital a la administración. Competencias laborales del personal nuevo de facturación. Cartera del hospital. Procedimiento institucional de apertura de buzones de PQRS. Resultados de los indicadores del SIAU. Inconvenientes generados con las quejas.
6	24 de mayo de 2017	Se rinde informe de la forma de contratación de guantes por parte del jefe de presupuesto de igual manera da a conocer el presupuesto y explica el PGIR.
7	27 de julio de 2017	Contratación de medicamentos. Resultados de visita de la Supersalud.
8	30 de agosto de 2017	Deficiencias en la prestación del servicio. Quejas de maltrato por parte del personal de vigilancia.

N° ACTA	FECHA	TEMAS TRATADOS
9	26 de septiembre de 2017	Acta de elección de veedores. Poca oferta de especialistas en la institución. Informe de veeduria realizada por el presidente de la liga. Contratación de medicamentos.

Generación de espacios de relación de comunidad: Los espacios se generan a través de la liga de usuarios y la ejecución de las actividades establecidas en el plan de comunicaciones institucional.

Oportunidades de mejora en la atención al usuario: La Oficina de Sistema Integral de Atención al usuario una vez consolida la información correspondiente a las quejas, felicitaciones y sugerencias suscribe los respectivos planes de mejoramiento con la finalidad de subsanar las quejas interpuestas por los usuarios internos y externos.

MES	QUEJAS	PLANES DE MEJORAMIENTO
MAYO	59	47
JUNIO	91	52
JULIO	63	56
AGOSTO	65	38
TOTAL	278	193

Componente 5: Mecanismos para la transparencia y el acceso a la información.

En cumplimiento de lo establecido en la ley 1712 /2014 "***Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y de derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones"*** y del decreto reglamentario 1081 de 2015 "***Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencial de la República "*** respecto a la publicación en la página web de los elementos establecidos en el componente 5 del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano de la vigencia se relaciona a continuación aquellos que cumplen y los que no .

Respecto a la estructura de la institución.

ELEMENTOS	RESPONSABLE	PUBLICACION	
		SI	NO
Misión, visión, procesos, procedimientos, organigrama (estructura orgánica).	Oficina de planeación.	X	
Directorio de servidores públicos.	Coordinador de comunicaciones.	X	
Deberes y derechos.	Sistema de atención al usuario y humanización	X	
Políticas y plan de desarrollo.	Oficina de planeación.	X	
El plan de acción (objetivos, estrategias, proyectos, metas, responsables).	Oficina de planeación.	X	
Programas y proyectos en ejecución.	Comunicaciones y planeación.	x	
Normograma y link para llevar al ciudadano al SUIN (Sistema único de información normativa).	Planeación y comunicaciones.	X	
Ubicación de la sede y de las áreas administrativas y asistenciales para la atención al público.	Comunicaciones.	X	
El horario de atención al público.	Comunicaciones.	X	
El presupuesto general, ejecución presupuestal histórica anual y los principales estados financieros.	Subgerencia administrativa y presupuesto.	x	

Plan anual de adquisiciones (plan de compras).	Planeación.	x	
Planes de mejoramiento.	Control Interno		x
La distribución presupuestal de sus proyectos de inversión.	Subgerencia administrativa y presupuesto.	x	
Indicadores de gestión.	Calidad		X
El informe de gestión del año inmediatamente anterior.	Planeación	X	
El presupuesto debidamente desagregado, así como las modificaciones a este o a su desagregación.	Subgerencia administrativa y presupuesto.	X	
El directorio (cargo, direcciones de correo electrónico y teléfono del despacho de los empleados y funcionarios).	Talento humano y comunicaciones.	X	
Escalas salariales correspondientes a las categorías de todos los servidores que trabajan de conformidad con el formato de información de servidores públicos.	Talento humano.	x	
Las normas generales y reglamentarias, políticas, lineamientos o manuales.	Planeación y comunicaciones.	X	
Las metas y objetivos de las unidades administrativas de conformidad con sus programas operativos y los resultados de las auditorías al ejercicio presupuestal.	Planeación		x

Contrataciones adjudicadas en la vigencia, en lo relacionado con funcionamiento e inversión, obras públicas, bienes adquiridos, arrendados, servicios de estudio o investigaciones.	Jurídica y suministros.	X	
Tablas de retención documental.	Archivo y correspondencia.	X	
Contratos de prestación de servicios, con persona natural (objeto del contrato, monto, honorarios y direcciones de correo electrónico).	Jurídica.	x	
Los plazos de cumplimiento de los contratos.	Jurídica	x	

Respecto a servicios, procedimientos y funcionamiento de la Institución:

ELEMENTOS	RESPONSABLE	PUBLICACION	
		SI	NO
Detalles pertinentes sobre los servicios ofertados directamente al público, normas, formularios y protocolos de atención.	Venta de servicios y calidad.	X	
Información correspondiente a los trámites a agotar en el Hospital (normativa relacionada, el proceso, los costos asociados y los distintos formatos o formularios requeridos).	Sistema de atención a la comunidad (SIAU), estadística y consulta externa.	X	

Informes de gestión, evaluación y auditoria del Hospital.	Control Interno y planeación.	X	
Establecer un correo electrónico para que los usuarios manifiesten sus inquietudes, quejas o reclamos a través de este, en casos de no poder hacerlo por otros medios.	Comunicaciones y SIAU.	X	
El mecanismo para la presentación directa de solicitudes, quejas y reclamos a disposición del público.	Sistema de atención a la comunidad.	X	
Informe de las solicitudes, denuncias y los tiempos de respuesta a las mismas.	Sistema de atención a la comunidad.	X	
El esquema de publicación de información.	Comunicación.	X	
El programa de gestión documental.	Archivo y correspondencia.	x	
Las tablas de Retención documental.	Archivo y correspondencia.	x	

En consideración a la resolución 3564 del 31 de diciembre de 2015 emitida por el Ministerio de tecnología de la Información y las comunicaciones, el Hospital desarrollará paulatinamente las siguientes acciones:

ELEMENTOS	RESPONSABLE	PUBLICACION	
		SI	NO
Solicitud de citas médicas comprende las acciones necesarias para mejorar el proceso de solicitud de citas médicas.	Consulta externa	X	

Desarrollar el formulario electrónico de solicitud de información pública y generar un link en la página web de la institución para facilitar la utilización del usuario , en la solicitud de P.Q.R.D.	Comunicaciones y sistemas de información.	X	
Divulgar los teléfonos fijos y móviles, fax, incluyendo el indicativo nacional e internacional en formato 57+ N° del área respectiva.	Comunicaciones.	X	
Divulgar el correo electrónico para la recepción de solicitudes de información.	Comunicaciones.	X	
Divulgar el correo electrónico para notificaciones judiciales, configurando de tal forma que envíe acuse de recibo al remitente de forma automática.	Jurídica	X	
Defensa judicial, trimestralmente se publicará un informe de las demandas contra la institución.	Jurídica	x	
Divulgación de estudios, investigaciones y otras publicaciones de interés para ciudadanos.	Gestión ética legal e investigaciones y comunicador social.	x	
Publicación de convocatorias dirigidas a ciudadanos, usuarios y grupos de interés.	Comunicaciones.	X	
Publicación de un glosario con términos usados con la actividad del hospital.	Calidad, planeación y comunicaciones.	X	

Se habilita una sección que contenga las noticias más relevantes para los usuarios, ciudadanos y grupos de interés, relacionados con la actividad del Hospital.	Comunicaciones	X	
Se publica un calendario de actividades en el cual se muestran los eventos y fechas claves relacionadas con los procesos misionales.	Comunicaciones	X	
Se publica el manual de contratación de la institución.	Jurídica y comunicaciones.	X	

COMPONENTE 6: INICIATIVAS ADICIONALES:

ELEMENTO	RESPONSABLE	EJECUCIÓN	CALIFICACIÓN
a) Establecer anualmente un panorama sobre posibles hechos susceptibles de corrupción o de actos de corrupción que se han presentado en la entidad, realizando un análisis de las principales denuncias sobre la materia.	Control Interno	La oficina Asesora de Control dio apoyo en la elaboración del mapa de riesgos de corrupción al inicio de la vigencia.	100%

ELEMENTO	RESPONSABLE	EJECUCIÓN	CALIFICACIÓN
b) Realizar semestralmente un diagnóstico de los trámites y servicios de la entidad, para identificar afectaciones al usuario en su ejecución.	Sistema de información al usuario (SIAU) y sistemas.	De manera mensual el área del SIAU realiza consolidación de las PGRS, de manera cuatrimestral la Oficina Asesora de control interno realiza seguimiento a las PQRS está pendiente realizar el diagnostico una vez culmine la vigencia.	80%
c) Ejecutar acciones trimestrales en pro de identificar necesidades de información dirigidas a más usuarios y ciudadanos.	Comunicaciones, Sistemas de información al usuario (SIAU) y sistemas.	Se evidencia ejecución del plan de comunicaciones por parte de sus responsables. Se evidencia actas de fechas del 31 de mayo,30 de junio, 31 de julio, 31 de agosto en las cuales se evidencia socialización de temas institucionales relacionados con la satisfacción del usuario.	100%
d) Reunión semestral con líderes de los procesos de control del hospital para presentar y revisar, discutir y/o ajustar el mapa de riesgos de posibles actos de corrupción.	Oficina Asesora de Control Interno, Oficina Asesora de planeación.	De manera permanente se actualizan los mapas de riesgos institucionales por parte de las áreas administrativas y los servicios asistenciales y con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación.	100%
e) Divulgación del plan anticorrupción y específicamente de las actividades de prevención y de mejora asignadas por cumplir en los diferentes procesos institucionales.	Oficina Asesora de Control Interno, Oficina Asesora de planeación.	Se encuentra publicado en la página web de la entidad la Resolución N°0286 de 2017 " ***Por la cual se reglamenta y se ajusta el Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano para el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E."*** De igual manera los respectivos seguimientos realizados por la Oficina Asesora de Control Interno .	100%
TOTAL			**95%**

CONCLUSIONES

Se evidencia avances notorios en la ejecución de las acciones establecidas en cada uno de los elementos del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

A continuación relacionó el consolidado de calificaciones obtenidas por cada componente:

1) Mapa de riesgos de corrupción:

AREA	% DE EJECUCIÓN	CALIFICACIÓN
ALMACÉN	81%	ALTO
SUMINISTROS	100%	ALTO
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	98%	ALTO
SIAU	90,27%	ALTO
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	90,03%	ALTO
SUBGERENCIA CIENTIFICA	100%	ALTO
COMUNICACIONES	100%	ALTO
CONTABILIDAD	100%	ALTO
OFICINA ASESORA JURÍDICA	100%	ALTO
FACTURACIÓN	0	BAJO
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	100%	ALTO
TOTAL	**87,21%**	ALTO

2) Estrategia antitrámites.

AREA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
CONSULTA EXTERNA	100%
ESTADISTICA	100%
FACTURACIÓN	0%
TOTAL	67%

3) Rendición de cuentas: Actividad cumplida al 100%.

4) Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano:

MES	QUEJAS	SUGERENCIAS Y PETICIONES	FELICITACIONES
MAYO	59	42	315
JUNIO	91	22	305
JULIO	63	29	275
AGOSTO	65	24	236
TOTAL	**278**	**117**	**1.131**

MES	QUEJAS	PLANES DE MEJORAMIENTO
MAYO	59	47
JUNIO	91	52
JULIO	63	56
AGOSTO	65	38
TOTAL	**278**	**193**

5) Mecanismos para la transparencia y el acceso a la información: 93%

6) Iniciativas adicionales: 95%

Atentamente,

LUIS ENRIQUE HURTADO HURTADO
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Proyecto: CP Adriana María Reyes Rengifo – Afiliada participe ASPROIN
Revisó: Luis Enrique Hurtado Hurtado
Anexo: N/A
Archivado en: Carpeta Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano.