



MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL- PLAN ANTICORRUPCION 2017. INFORME TERCER CUATRIMESTRE

IDENTIFICACION				ANALISIS			VALORACION	MONITOREO Y REVISION				OBSERVACIONES	% AVANCE	
PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CONSECUENCIA	DESCRIPCION DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	CONTROLES	ACCIONES	FECHA	RESPONSABLES			INDICADOR
Adquisición de Bienes y Servicios, Gestion del Talento Humano,	Falta de planificación en el proceso pre contractual y contractual Chantaje y presión política para mantener al funcionario en determinado cargo Procesos: No aplicación de los procedimientos y normas institucionales Obtención de un beneficio particular Presiones de superiores jerárquicamente Falta de ética del funcionario Conflicto de interés Desconocimiento/No aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno	AMIGUISMO Y CLIENTELISMO	Pérdida de tiempo en los procedimientos. Retrasos en la ejecución de los procesos, Entorpecimiento de la gestión pública. Demandas y sanciones Incumplimiento de la normatividad. Pérdida de imagen y credibilidad. Estudios previos o de factibilidad superficiales Dilatación de la realización de los estudios previo. Incoherencia entre la demanda y la oferta Incumplimiento de los pliegos de condiciones Detrimiento patrimonial Afectación en los procesos de acceso a los servicios de salud Vulneración a los derechos de los pacientes. Condenas económicas en contra de la entidad	Favorecer la contratación de bienes, servicios y/o vinculación de personal con la creación u omisión de requisitos previamente establecidos en la institución, para favorecer un particular a cambio de recibir o pedir dádivas, por tráfico de influencias y/o presiones externas.	EXCEPCIONAL	MODERADO	BAJA	Procedimientos relacionados (de adquisición de bienes y servicios, Procedimientos ingresos y egresos de almacén, Procedimientos selección de personal TH)	Aplicación del procedimiento de contratación bienes y servicios	Permanente	Líder de talento humano - Coordinador Grupo Adquisición de Bienes y Servicios	Informe de auditoría de control interno de gestión	Se realizó seguimiento a los procedimientos de adquisición de bienes y servicios, ingresos y egresos de almacén, selección de personal, certificaciones, control interno disciplinario, jurídica laboral y administrativa, Se realizó acompañamiento a las capacitaciones efectuadas por GABYS a los supervisores e interventores de los contratos, respecto al Manual de Contratación, Estatuto de Contratación y Manual del Supervisor. Se verificaron las acciones, establecidas con fecha de cumplimiento con corte a los meses de abril, agosto, diciembre y las que tienen carácter de seguimiento permanente.	90%
									Definir cantidad, perfiles, roles y responsabilidades requeridos para el funcionamiento de los procesos misionales, de apoyo, estratégicos y de evaluación (estándar de acreditación: planeación del talento humano institucional).	Junio 2017	Líder de talento humano	Documento diseñado	Para la construcción de matriz de consolidación de necesidades identificadas del talento humano, y que quedó como Meta para 2017 el 100% de la matriz de consolidación de necesidades de Talento Humano, se cuenta con la matriz de consolidación de necesidades de talento humano, y se está a la espera de los resultados de la encuesta de riesgo psicosocial para ser incluida. Se verificó que Talento Humano cuenta con listados de capacitaciones en: seguridad del paciente, gestión de la tecnología, humanización y competencias del personal asistencial, y de igual manera, se cuenta con soportes de seguimiento a evaluaciones de desempeño a terceros agremiados participes.	80%
									Participación de la asociación de usuarios	Mensual	Líder de talento humano - Coordinador Grupo Adquisición de Bienes y Servicios - SIAU	Numero de participaciones / Numero de Citaciones	Para desarrollar la Gestión del Riesgo de Corrupción en la E.S.E H.U.E.M. se realizaron talleres de forma participativa, donde se involucraron a los subgerentes, asesores, líderes, coordinadores y asociación de usuarios, con el objetivo de identificar, analizar y controlar los posibles hechos generados de corrupción, tanto internos como externos, de los riesgos existentes y la identificación de los posibles nuevos riesgos. Las actividades dieron como resultado la matriz de Riesgos de Corrupción, formulando los lineamientos para el tratamiento, manejo y seguimientos de estos riesgos, con base en la metodología para la Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción, partiendo de la identificación de los riesgos de corrupción, dando a conocer las fuentes de los riesgos, sus causas y sus consecuencias.	100%
									Auditoría interna al proceso de adquisición de bienes y servicios.	Segun programa auditorias institucional	Asesor de control interno de gestión	informe de auditoria	Se realizó seguimiento activo a los procedimientos de adquisición de bienes y servicios, ingresos y egresos de almacén, selección de personal, certificaciones, control interno disciplinario, jurídica laboral y administrativa, Se realizó acompañamiento a las capacitaciones efectuadas por GABYS a los supervisores e interventores de los contratos, respecto al Manual de Contratación, Estatuto de Contratación y Manual del Supervisor. Se verificaron las acciones, establecidas con fecha de cumplimiento con corte a los meses de abril, agosto, diciembre y las que tienen carácter de seguimiento permanente.	90%
									Actualización y socialización del código de ética	Diciembre 2017	Líder de talento humano	código de ética actualizado y socializado	Se realizó la aplicación del taller que validó los valores y principios institucionales, contrastado con la plataforma estratégica. En el primer cuatrimestre se encontraba en fase de diseño el nuevo código de ética, analizando las cualidades y perfiles del personal colaborador por servicios para poder seleccionar a los promotores éticos humanos y seguros por cada uno de los servicios. En Septiembre inició la aplicación de la encuesta de percepción ética para el diagnóstico ético institucional, la cual se encuentra en la plataforma E-Learning. Actualmente se cuenta con el código de ética actualizado, y la validación de principios. De igual manera, se están elaborando las matrices de compromisos éticos por área y se espera realizar el análisis de la información del diagnóstico ético institucional. Se aprobó la actualización del Código de Ética e Integridad, Resolución 1904 de Diciembre 22 de 2017.	90%

										Actualización y socialización del código de buen gobierno	Diciembre 2017	Asesor de control interno de gestión	codigo de buen gobierno actualizado y socializado	Se realizó la actualización del código de Buen Gobierno de acuerdo a posterior revisión de resoluciones y/o políticas institucionales, dando por actualizado la totalidad del código acorde a los lineamientos del Modelo de Gestión Ética para Entidades del Estado de la USAID. Se realizó la adopción del código según Resolución: 1905 de 22 de diciembre de 2017 Se Publicará en la intranet y socializará el contenido de este código en cuanto la oficina de Prensa y Comunicaciones realice el diseño adecuado del Manual.	90%
Planeación Estratégica y Gerencial Gestión de información y comunicación	presiones políticas y de superior jerarquico Desconocimiento/No aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno Abuso de poder	PRESION DE NIVELES SUPERIORES PARA SABOTAJE DE ACTIVIDADES INSTITUCIONALES	Perdida de tiempo en los procedimientos. Retrasos en la ejecución de los procesos. Toma de decisiones incorrectas. Afectación en los procesos de acceso a los servicios de salud Vulneración a los derechos de los pacientes. Manejo indebido de la información. Toma de decisiones incorrectas no Veracidad de la información. Demandas y sanciones. Detrimiento patrimonial Pérdida de imagen institucional y fidelidad de los usuarios	Ejercer acciones u omisiones sobre personal, dotación, infraestructura, documentación, decisiones a fin de sabotear el cumplimiento de actividades institucionales en beneficio propio o de terceros.	IMPROBABLE	MAYOR	MODERADA	Camaras de seguridad-vigilancia permanente	Fortalecer el uso del mecanismo de denuncia anticorrupción de la página web www.herasmomeoz.gov.co a nivel interno	Diciembre 2017	Asesora de Planeación - prensa	encuesta de conocimiento sobre la herramienta	La E.S.E. cuenta con la Resolución N°000141 de 2017, por la cual se adopta el plan anticorrupción y de atención al ciudadano y mapa de riesgos de corrupción. Se socializaron a través de la página web institucional, redes sociales, correo institucional y audiencia pública de rendición de cuentas. En enero de 2017 mediante circular interna 13-027, la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, lideró dos talleres con el objetivo de socializar la estrategia y adicionalmente la participación activa para la construcción, identificación, análisis del mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E. HUEM. En estas actividades se contó con la participación de los subgerentes, líderes, coordinadores y asociación de usuarios. Para desarrollar la Gestión del Riesgo de Corrupción en la E.S.E H.U.E.M. Las actividades dieron como resultado la matriz de Riesgos de Corrupción, formulando los lineamientos para el tratamiento, manejo y seguimientos de estos riesgos, con base en la metodología para la Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción, partiendo de la identificación de los riesgos de corrupción, dando a conocer las fuentes de los riesgos, sus causas y sus consecuencias.	100%	
									Ampliar áreas y copias de seguridad del circuito de sistema cerrado de televisión de la Institución	Junio de 2017	Subgerente administrativa - Sistemas	Informe o certificación de área de sistemas	En Auditoria realizada por Control Interno en noviembre, se cuenta con 43 cámaras funcionando distribuidas así: DVR 1 Central telefónica: 6 cámaras DVR 2 Central telefónica: 8 cámaras DVR Farmacia piso 2: 8 cámaras DVR Radioterapia: 10 cámaras NVR Sistemas: 9 cámaras DVR Endoscopia: 2 cámaras Pendientes: a) 71 cámaras que les falta cable y energía, b) 35 cámaras que están en bodega y requieren repuestos para funcionar, y c) 30 cámaras nuevas para comprar.	70%	
									Capacitar sobre destrezas en supervisión y temas específicos sobre el objeto del contrato	Capacitar sobre destrezas en supervisión y temas específicos sobre el objeto del contrato	Capacitar sobre destrezas en supervisión y temas específicos sobre el objeto del contrato	Capacitar sobre destrezas en supervisión y temas específicos sobre el objeto del contrato	La capacitación en la ESE HUEM fue dada por sistemas y la empresa de vigilancia aportó un guarda adicional para el control de las mismas el cual se encuentra ubicado en la entrada principal junto al conmutador. Adicional a lo anterior, vigilancia aportó monitores para el control respectivo.	80%	
									Aplicar las medidas de control del ingreso de terceros por parte de vigilancia	Permanente	Subgerente administrativa - Supervisor	Informe de supervisión	La empresa de vigilancia elaboró fichas para el control de visitantes y su ingreso al área administrativa.	90%	
									Capacitar sobre destrezas en supervisión y temas específicos sobre el objeto del contrato	Junio de 2017	Coordinadora Grupo Adquisición de Bienes y Servicios.	numero de capacitaciones ejecutadas/numero de capacitaciones programadas	Se realizó seguimiento activo a los procedimientos de adquisición de bienes y servicios. Se realizó acompañamiento a las capacitaciones efectuadas por GABYS a los supervisores e interventores de los contratos, respecto al Manual de Contratación, Estatuto de Contratación y Manual del Supervisor. Se verificaron las acciones, establecidas con fecha de cumplimiento con corte a los meses de abril, agosto, diciembre y las que tienen carácter de seguimiento permanente.	90%	

Adquisiciones de Bienes y Servicios.	<p>Selección del personal inadecuada inducción reinducción no pertinentes</p> <p>Procesos: No aplicación de los procedimientos y normas institucionales</p> <p>DESIGNAR SUPERVISORES SIN PERFIL ADECUADO</p> <p>Desconocimiento/No aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno</p>	<p>FACILITAR EL NO CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES POR PARTE DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS</p>	<p>Contrato mal ejecutado. Detrimiento patrimonial, investigaciones, demandas y sanciones. Reprocesos, insumos de baja calidad. Pérdida de tiempo en los procedimientos. Retrasos en la ejecución de los procesos,</p>	<p>Permitir (por acción u omisión consciente y premeditada) el incumplimiento de obligaciones contractuales.</p>	EXCEPCION AL	MODERADO	BAJA	Manual de contratación, estatuto de contratación, manual de supervisor.	Aplicación del procedimiento de contratación bienes y servicios a cada uno de los proveedores y contratistas	Permanente	Líder de talento humano - Coordinador Grupo Adquisición de Bienes y Servicios	informe de auditoría	<p>Se realizó seguimiento activo a los procedimientos de adquisición de bienes y servicios, ingresos y egresos de almacén, selección de personal, certificaciones, control interno disciplinario, jurídica laboral y administrativa. Se realizó acompañamiento a las capacitaciones efectuadas por GABYS a los supervisores e interventores de los contratos, respecto al Manual de Contratación, Estatuto de Contratación y Manual del Supervisor. Se verificaron las acciones, establecidas con fecha de cumplimiento con corte a los meses de abril, agosto, diciembre y las que tienen carácter de seguimiento permanente.</p>	90%
									Actualización y socialización del código de buen gobierno	Diciembre 2017	Asesor de control interno de gestión	código de buen gobierno actualizado y socializado	<p>Se realizó la actualización del código de Buen Gobierno de acuerdo a posterior revisión de resoluciones y/o políticas institucionales, dando por actualizado la totalidad del código acorde a los lineamientos del Modelo de Gestión Ética para Entidades del Estado de la USAID. Se realizó la adopción del código según Resolución: 1905 de 22 de diciembre de 2017.</p> <p>Se Publicará en la intranet y socializará el contenido de este código en cuanto la oficina de Prensa y Comunicaciones realice el diseño adecuado del Manual.</p>	90%
	<p>COMPLICIDAD DE PERSONAL DE LA ESE DURANTE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES INDEBIDAS1</p> <p>Obtención de un beneficio particular. Presiones de superiores jerárquicamente</p> <p>Falta de ética del funcionario</p> <p>Conflicto de interés LUCRO PERSONAL</p> <p>Soborno (Cohecho)</p> <p>Desconocimiento/No aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno</p> <p>Reporte erróneo o adulteración en información y estados financieros de entidades bajo medida especial.</p> <p>Acuerdo (concierto) entre quien demanda y quién gestiona internamente el proceso</p>	<p>USO, OCULTAMIENTO Y MANIPULACION DE INFORMACION INSTITUCIONAL PARA FAVORECIMIENTO DE TERCEROS O PROPIOS</p>	<p>Manejo indebido de la información. Toma de decisiones incorrectas no Veracidad de la información. Demandas y sanciones. Pérdida de recursos y/o bienes Hallazgos de auditoría de los entes de Control</p> <p>Toma de decisiones incorrectas sobre una base de información inconsistente Que se genere silencio administrativo</p> <p>Que se presenten demandas por indebida información o respuesta a la petición.</p> <p>Que se generen sanciones disciplinarias, o acciones de tutela por no respuesta oportuna. investigaciones, suspensión de registros, reportes a comité de éticas, demandas entre otros</p>		EXCEPCION AL	MAYOR	MODERADA	Procedimientos relacionados (ASESORÍA JURÍDICA Y REPRESENTACIÓN JUDICIAL, PROCESO DISCIPLINARIO-CID)	Realizar backups con entidades externas a la institución	Permanente	Oficina asesora de planeación - sistemas	numero de backups ejecutados/numero de backups programados	<p>Dentro de las limitaciones de capacidad de almacenamiento para copias de seguridad, se escogen aquellos equipos que requieren asegurar su información. Se verificaron los informes de los equipos que cuentan con copia de seguridad. Se debe tener en cuenta que la mayoría de equipos de la ESE HUEM son Asistenciales y por ende NO guardan información ya que todo su trabajo se realiza en el ERP. A la fecha se cuenta con 122 copias de seguridad que ocupan 2.25 TB. Todos los equipos de la institución cuentan con Hoja de vida la cual permanece en el archivo de gestión. La política de buen uso fue definida según resolución 901 del 9 de mayo de 2008. Existe un procedimiento de copia de seguridad de los servidores. Las copias de seguridad son almacenadas posteriormente en un disco duro que esta monitorizado por el sistema de backup en la nube. A la fecha se encuentran desplegadas a través del sistema de seguridad perimetral FORTINET diferentes políticas que permiten controlar tanto la entrada como salida de datos y la protección, partiendo de la identificación de los riesgos de corrupción, dando a conocer las fuentes de los riesgos, sus causas y sus consecuencias. gineering, technical and management activities;</p> <ul style="list-style-type: none"> - organize the implementation and operation of information, library and archival systems at enterprises, organizations, institutions and corporations; - be able to use study methods of infor 	90%
									Inclusión de la política de seguridad informática en inducciones y reinducciones (Como alternativa E-learning).	Marzo de 2017	Oficina asesora de planeación - sistemas	numero de inducciones con seguridad informática/numero de inducciones	<p>Inicialmente se efectuó el análisis del estado de seguridad. A partir del mismo, a la espera de confirmar el Comité para realizar las recomendaciones pertinentes con el fin de programar las inducciones necesarias y socializar la política de seguridad informática.</p>	30%
									Seguimiento de matriz de comunicación e información.	Permanente	Oficina asesora de control interno de gestión	Informe de auditoría	<p>Para elaborar el registro o inventario de activos de información mediante acto administrativo (matriz activos de información), Este compromiso se encuentra en elaboración, tomando como referencia la información publicada en la página del MINTIC y el Hospital General de Medellín y pendiente para presentación ante el comité interno de archivo y comité de control interno de gestión para su aprobación y posterior socialización e implementación del mismo.</p>	80%
									Implementación de SIEPDOC de comunicaciones internas	Junio de 2017	Sistemas- Gestión documental	Certificación de implementación por sistemas	<p>La coordinación de Sistemas se encuentra en la revisión de dicho software y a principios de 2018 se programó expedir la certificación de implementación.</p>	80%
				Promover, ejecutar u omitir acciones que vulneren las políticas de transparencia, uso de datos, gestión documental, entre otros. con el mal uso.					Seguimiento a Implementación de SIEPDOC de comunicaciones internas	Julio de 2017	Control interno de gestión	Informe de auditoría	<p>CEGDOC socializó a la comunidad universitaria la Resolución N° 1740 del 24 de noviembre de 2017, "Por la cual se subroga la resolución N° 971 de 2010 y se establecen lineamientos para firmas de comunicaciones internas y externas en la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz".</p>	100%

<p>Gestión del Talento Humano-CID, Gestión Jurídica.</p>			<p>ocultamiento o manipulación de la información institucional para favorecer a terceros.</p>						<p>Inclusión de la política editorial en inducciones y reinducciones (Como alternativa E-learning).</p>	<p>Marzo de 2017</p>	<p>Oficina asesora de planeación - Talento Humano</p>	<p>numero de inducciones con política editorial incluida/ numero de inducciones</p>	<p>La política editorial en inducción y reinducción no está definida y se encuentra en estudio por parte de prensa y planeación. Capacitación en rendición de cuentas públicas de forma presencial y a través de e-Learning de la E.S.E, la cual genera un certificado de asistencia.</p>	<p>20%</p>
<p>Gestión del Talento Humano-CID, Gestión Jurídica.</p>	<p>COMPLICIDAD DE PERSONAL DE LA ESE DURANTE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES INDEBIDAS1 Obtención de un beneficio particular. Prestiones de superiores jerárquicamente .Falta de ética del funcionario Conflicto de interés LUCRO PERSONAL Soborno (Cohecho) Desconocimiento/No aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno Reporte erróneo o adulteración en información y estados financieros de entidades bajo medida especial. Acuerdo (concierto) entre quien demanda y quien gestiona internamente el proceso</p>	<p>FAVORECIMIENTO A TERCEROS EN PROCESOS JURIDICOS</p>	<p>Perdida de dinero, perdida de imagen y credibilidad. Inpunidad, demandas y sanciones. Condenas económicas en contra de la entidad. Impunidad en procesos o ausencia de sanciones. Vulneración al derecho de defensa Vulneración al debido proceso Vulneración a principios constitucionales y legales en el procedimiento Pérdida de la posibilidad de corregir o sancionar por posible incumplimiento a deberes extralimitación de funciones o incursión en los regimenes de prohibiciones, inhabilidades, incompatibilidades y conflicto de intereses. Detrimiento patrimonial.</p>	<p>Permitir la dilatación de tiempo y/o el no cumplimiento de trámites legales desviando los intereses institucionales hacia favorecimientos a particulares</p>	<p>EXCEPCION AL</p>	<p>MAYOR</p>	<p>MODERADA</p>	<p>Procedimientos relacionados (ASESORIA JURÍDICA Y REPRESENTACIÓN JUDICIAL, PROCESO DISCIPLINARIO-CID)</p>	<p>Definir una herramienta de verificación de tiempos de los procesos legales</p>	<p>Junio de 2017</p>	<p>Oficina asesora de control interno de gestión</p>	<p>herramienta definida</p>	<p>Los procesos se manejan en archivo en orden cronológico, y son revisados permanentemente en la página www.ramajudicial.gov.co. Las áreas proyectan oportunamente las respuestas contenidas en los diferentes mecanismos de participación ciudadana impetradas contra la ESE HUEM. En el seguimiento a las acciones de repetición autorizadas en Comité de Conciliaciones se verificó por control interno de gestión que fueron instauradas en su totalidad. No se cuenta con informe periódico presentado a Gerencia del seguimiento a los procesos jurídicos internos y externos.</p>	<p>80%</p>
									<p>Seguimiento a los procesos internos y externos jurídicos</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Talento humano - Asesores jurídicos</p>	<p>Numero de informes entregado a gerencia</p>	<p>El seguimiento a los procesos se manejan en archivo en orden cronológico, y son revisados permanentemente en la página www.ramajudicial.gov.co. Las áreas proyectan oportunamente las respuestas contenidas en los diferentes mecanismos de participación ciudadana impetradas contra la ESE HUEM. En el seguimiento a las acciones de repetición autorizadas en Comité de Conciliaciones se verificó por control interno de gestión que fueron instauradas en su totalidad. No se cuenta con informe periódico presentado a Gerencia del seguimiento a los procesos jurídicos internos y externos.</p>	<p>90%</p>
									<p>Auditoría interna semestral sobre procesos jurídicos.</p>	<p>Segun programa de auditorias institucional</p>	<p>Oficina asesora de control interno de gestión</p>	<p>informe de auditoria</p>	<p>De acuerdo al Plan Anual de Auditorías de la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión para el año 2017, se cumplieron la totalidad de actividades programadas respecto a las oficinas asesoras de jurídica laboral y administrativa así como al Grupo de Adquisición de Bienes y Servicios, y se acompañó a todos los Comités de Conciliaciones celebrados durante el año.</p>	<p>100%</p>
									<p>Establecer una estrategia de comunicación dirigida a la comunidad en general para evitar el pago indebido de tramites institucionales.</p>	<p>Abril de 2017</p>	<p>Oficina asesora de planeación - prensa</p>	<p>estrategia diseñada</p>	<p>Se verificó con la coordinación de prensa quien realiza campañas de plan anticorrupción mediante recuadros y los medios de comunicación que se manejan en la ESE HUEM. No se evidenció una estrategia de comunicación dirigida a la comunidad en general.</p>	<p>30%</p>
<p>planeacion adquisicion bienes y servicios</p>	<p>SOBREESTIMAR LA DEMANDA PARA FINES DE LUCRO PERMITIR EL VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS O DM PARA FAVORECER COMPLICIDAD DE PERSONAL DE LA ESE DURANTE LA REALIZACION DE ACTIVIDADES INDEBIDAS Desconocimiento/No aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno MEDICAMENTOS,DISPOSITIVOS MEDICOS SIN CONTROL AUTORIZACIONES,REGISTROS MANIPULADOS PERSONAL COMPLICIDAD EN</p>	<p>LUCRO PERSONAL</p>	<p>Detrimiento patrimonial Estudios previos o de factibilidad superficiales Dilatación de la realización de los estudios previos Incoherencia entre la demanda y la oferta. Detrimiento patrimonial Condenas económicas en contra de la entidad.</p>	<p>Realizar cobros no institucionales por la prestación de servicios misionales y/o de apoyo</p>	<p>EXCEPCION AL</p>	<p>MAYOR</p>	<p>MODERADA</p>	<p>Manual de contratación, estatuto de contracion seguimiento y control de inventarios realizados servicios</p>	<p>Contar con un sistemas de informacion confiable que garantice el control de entradas y salidas (farmacia) y mantenga la informacion al dia</p>	<p>Junio de 2017</p>	<p>Subgerencia administrativas - Farmacia</p>	<p>sistemas de informacion implementado</p>	<p>La coordinadora de Farmacia cuenta en DGH con un sistema de información confiable que le permite llevar un control permanente de entradas y salidas de medicamentos y dispositivos médicos. En el mes de diciembre se llevó a cabo el inventario del servicio de farmacia el cual está pendiente del cierre, en donde se encontraron unas diferencias entre el listado detalle generado por DGH y el realizado de manera física.</p>	<p>80%</p>
									<p>Aplicar las medidas de control de entrada y salida al personal por parte de vigilancia</p>	<p>Permanente</p>	<p>Subgerente administrativa - Supervisor</p>	<p>Informe de supervision</p>	<p>Por parte de la Subgerencia Administrativa se insistió sobre el cumplimiento del porte de la escarapela y la fecha de ingreso a los vehículos automotores y las motos. Se implementó durante 2017 el documento de las motos en el momento del egreso para evitar el robo de las mismas.</p>	<p>90%</p>
									<p>Revision del procedimiento de inventarios de la institucion</p>	<p>Junio de 2017</p>	<p>Recursos fisicos - Farmacia - A subgerencia administrativa</p>	<p>Procedimiento revisado</p>	<p>Se realizó revision y ajuste del procedimiento de inventarios y a la espera de presentar en el comité Coordinador del sisema de control interno de gestion-SIG. Los procedimientos y los formatos se están actualizando.</p>	<p>60%</p>
									<p>Fomentar campaña de cultura rganizacion con enfoque de sentido de pertenencia a la E.S.E HUEM, para cuidar los recursos de la institucion</p>	<p>Semestral</p>	<p>Talento humano - Prensa - Salud ocupacional - Recursos fisicos</p>	<p>Dos campañas implementadas</p>	<p>Se trabajó por parte por parte de Planeación y Talento Humano en el Yo amo al HUEM y las manillas (las cuales fueron entregadas a una mínima parte de la institución), con enfoque del sentido de pertenencia,</p>	<p>80%</p>

	SUSTRACCION DE BIENES COMPLICIDAD DE PERSONAL DE LA ESE DURANTE LA REALIZACION DE ACTIVIDADES INDEBIDAS Desconocimiento/No aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno Abuso de poder Manejo irresponsable de información confidencial por parte de funcionarios		Pérdida de imagen institucional y fidelidad de los usuarios inadecuada restación de servicios					de vigilancia y seguridad privada	Implementación de la estrategia de comunicación dirigida a la comunidad en general para evitar el pago indebido de trámites institucionales	Permanente (a partir de su aprobación)	control interno de gestion	Numero de tramites institucionales con pago indebido/númer o de tramites institucionales ejecutados	Respecto a los trámites en línea de las plantillas propuestas por el DAFP aplicables a la E.S.E. H.U.E.M., se incorporaron los servicios de Archivo y estadística, Rehabilitación, Consulta Externa y laboratorio clínico en el SUIT Los tramites incorporados son: - Certificado de defunción: inscrito - Historia clínica: inscrito - Examen de laboratorio clínico: en revisión - Terapia: En revisión - Radiología e imágenes diagnósticas: en revisión - Asignación de cita para la prestación de servicios en salud: en corrección - Atención inicial de urgencias: en creación - Certificado de paz y salvo: en creación Actualmente se encuentran incorporados 6 de los 8 trámites inscritos aplicables al HUEM. Para la Actividad de implementar la facturación en línea, se emitió concepto técnico y económico de implementación de PSE en la web, con el resultado que el costo de implementación no es rentable para la ESE HUEM. Resolución N° 1701 del 28 de octubre de 2016, acto administrativo que soporta los parámetros de mercado en que se basan los costos de las copias de historias clínicas	80%
Todos los procesos	Gastos autorizados verbalmente. Gastos sin soportes oficiales Inexistencia de procedimientos estandarizados para el manejo de recursos de caja menor. Desconocimiento/No aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno Abuso de poder Manejo irresponsable de información confidencial por parte de funcionarios	DESTINACION INDEBIDA DE RECURSOS	Condenas económicas en contra de la entidad. Detrimiento patrimonial Condenas económicas en contra de la entidad. Investigaciones	desviar los recursos publicos hacia actividades ajenas al objetivo principal enmarcado por el presupuesto, destinación o uso asignado para favorecimiento personal o de terceros.	EXCEPCIONAL	MODERADO	BAJA	Procedimiento caja menor manual de contratacion	Auditoría a los procesos financieros	Permanente	control interno de gestion	informe de auditoria	Se realizó seguimiento activo a los procedimientos Contabilidad, Tesorería, Presupuesto, Costos, Contratación, Mercadeo y Facturación pertenecientes al proceso financiero, los cuales fueron ajustados, actualizados y presentados en e Comité Coordinador de Control Interno de Gestión - SIG.	90%
									Aplicar procedimiento de caja menor	Permanente	Subgerencia administrativas - Subgerencia de salud	Informe de auditoria	Se realizó seguimiento activo a los procedimientos de adquisición de bienes y servicios, y se llevaron a cabo auditorías a las cajas menores de la subgerencia Administrativa y de Salud, así como a las cajas de recaudo de consulta externa. Se realizó acompañamiento a las capacitaciones efectuadas por GABYS a los supervisores e interventores de los contratos, respecto al Manual de Contratación, Estatuto de Contratación y Manual del Supervisor.	90%
									Sensibilización sobre responsabilidades en el cumplimiento de las funciones de los funcionarios	Junio de 2017	control interno disciplinario	numero de capacitaciones ejecutadas/ numero de capacitaciones programadas	Se publicó el plan anticorrupción y de atención a la ciudadanía en todas las redes sociales de la institución, Facebook, twitter, y pagina web (http://www.herasmomeoz.gov.co/) en el link de transparencia y acceso a la información. Se envió por correo institucional, intranet y spark, donde todos funcionarios de la institución lo pueden consultar. La entidad contó con espacios para la información y capacitación de los ciudadanos (SIAU), así como de sus funcionarios (Psicología organizacional), que permitieron prepararlos sobre los alcances de la rendición de cuentas, en cuanto a cómo funciona, cuáles son los límites, y las herramientas a utilizar para el control social. No se llevaron a cabo en 2017 capacitaciones respecto a la acción específica de sensibilización sobre responsabilidades en el cumplimiento de las funciones de los funcionarios.	60%
Obtención de un beneficio particular. Presiones de superiores jerárquicamente			Condenas económicas en contra de la entidad. Pérdida de imagen	Emitir documentos institucionales con información...				Procedimientos relacionados...	Diseño de estrategia de comunicación para difundir el uso de la Unidad central de correspondencia (CEGDOC) como único medio para trámites.	Junio de 2017	oficina asesora de planeacion - prensa	estrategia diseñada	CEGDOC socializó a la comunidad universitaria la Resolución N° 1740 del 24 de noviembre de 2017, "Por la cual se subroga la resolución N° 971 de 2010 y se establecen lineamientos para firmas de comunicaciones internas y externas en la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz". No se cuenta con la estrategia diseñada por las áreas responsables.	30%
									Implementación de la estrategia de comunicación.	Permanente (a partir de su aprobación)	oficina asesora de planeacion - prensa	porcentaje de ejecución de la estrategia	CEGDOC socializó a la comunidad universitaria la Resolución N° 1740 del 24 de noviembre de 2017, "Por la cual se subroga la resolución N° 971 de 2010 y se establecen lineamientos para firmas de comunicaciones internas y externas en la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz". No se cuenta con la estrategia diseñada por las áreas responsables	10%

Todos los procesos	falta en gestion documental .Falta de ética del funcionario Conflicto de interés Desconocimiento/No aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno	FALSIFICACION DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES	institucional y fidelidad de los usuarios, sanciones, investigaciones suspensión de registros reportes a comité de éticas, demandas	informacion no veraz, tales como certificaciones, defunciones, incapacidades, nacidos vivos.	EXCEPCION AL	MODERADO	BAJA	(solicita copia HC y certificaciones procedimientos de TH para certificaciones-según organigrama)	Revisión de los procedimientos de acuerdo a la nueva estructura organizacional	Junio de 2017	Subgerencia de salud - Coordinador de Hospitalización - MECI	Procedimiento revisado	Se realizó acompañamiento a todos los procedimientos, formatos, caracterización, indicadores, y mapa de riesgo del proceso Talento Humano los cuales fueron ajustados, actualizados y presentados en Comité Coordinador de Control Interno de Gestión - SIG. Se realizó auditoría a los procedimientos de historias clínicas, y en general a todos los procedimientos del proceso de Gestión de Información y Comunicación los cuales fueron revisados por el equipo SIG y a la espera de ser presentados en el Comité de Control Interno	70%
									Denuncia inmediata de pérdida de documentos institucionales o alteración de los mismos	Permanente	Todos los procesos asistenciales	Numero de denuncias	La Oficina Asesora Jurídica certificó que durante el año 2017 no recibió denuncias por hechos de corrupción ni directamente en la oficina ni a través del link de DENUNCIAS de la página web institucional.	90%
procesos asistenciales	COMPLICIDAD DE PERSONAL DE LA ESE DURANTE LA REALIZACION DE ACTIVIDADES INDEBIDAS SOBORNOS PREVENIDAS Obtención de un beneficio particular. Presiones de superiores jerárquicamente .Falta de ética del funcionario Conflicto de interés Desconocimiento/No aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno Abuso de poder Manejo irresponsable de información confidencial por parte de funcionarios Reporte erróneo o adulteración en información y estados financieros de entidades bajo medida especial. Acuerdo (concierto) entre quien presta servicios a la ESE HUEM y quién asigna internamente	PERMITIR COMPETENCIA DESLEAL	Afectación en los procesos de acceso a los servicios de salud Vulneración a los derechos de los pacientes Pérdida de imagen institucional y fidelidad de los usuarios Pérdida de ingresos y afectación del presupuesto de la entidad Bajos niveles de productividad que afectan la sostenibilidad.	Realizar y/o presionar la ejecución de acciones que fomenten remitir a Usuarios de LA ESE HUEM para que sean atendidos por otras entidades en servicios institucionales.	EXCEPCION AL	MODERADO	BAJA	Procedimientos relacionados (Referencia, auditorias medicas, rondas de seguridad, auditorias historias clinicas)	Diseño de estrategia de comunicación para difundir los servicios institucionales.	Junio de 2016	oficina asesora de planeacion - prensa	estrategia diseñada	La oficina de mercadeo de la ESE HUEM durante 2017 contó con la estrategia de convocar reuniones con los representantes legales y/o encargados de las diferentes empresas prestadoras de servicios de salud, con el objetivo de presentarles el portafolio de servicios institucional, con énfasis en los servicios de radioterapia, madre canguro.	70%
									Implementación de la estrategia de comunicación.	Permanente (a partir de su aprobación)	oficina asesora de planeacion - prensa	porcentaje de ejecución de la estrategia	Reuniones personalizadas y periódicas con los representantes legales de las empresas prestadoras de servicios de salud.	70%
									Socialización de portafolio de servicios de la institución	Permanente	Prensa - Líderes de procesos asistenciales	Certificación de socialización	La oficina de mercadeo de la ESE HUEM durante 2017 socializó a los representantes legales y/o encargados de las diferentes empresas prestadoras de servicios de salud, el portafolio de servicios institucional, mediante oficio anexándoles el contenido del mismo en medio digital (CD).	70%
									Aplicación de la auditoría concurrente	Permanente	Planeación	Informe de auditoría	Se realiza Auditoría concurrente de manera permanente. No se cuenta con informe de Auditoría que permita verificar las actividades realizadas. De igual manera, es importante formular indicadores para el seguimiento pertinente.	80%
									Auditoría a los procesos	Permanente	Control interno de gestión	Informe de auditoría	Se realizó auditoría a los procedimientos de referencia y contrarreferencia, auditorías médicas, historia clínica.	100%
									Socialización y aplicación del procedimiento de PQRS	Permanente	SIAU - Todos los procesos	Informe de auditoría	SIAU desde la Defensoría del usuario asesora sobre los recursos legales a los que puede acceder cuando los pacientes sientan vulnerados sus derechos fundamentales. Control Interno de Gestión efectuó reunión con los líderes y coordinadores de las Unidades Estratégicas de Negocios de la ESE HUEM, resaltándoles la responsabilidad de la respuesta oportuna a las solicitudes de PQR radicadas en el SIEPDOC, debido a vencimientos de términos en forma reiterativa.	90%
									Aplicación del procedimiento de PQRS	Permanente	SIAU - Todos los procesos	Informe de auditoría - Informe comité de calidad	En el segundo semestre de 2016 se llevó a cabo todo un proceso de Reingeniería al servicio SIAU, donde se actualizaron los procedimientos, instructivos, así como el protocolo de atención con enfoque diferencial y el Manual de atención al usuario. Para 2017 se evidenció por parte de la coordinación del SIAU que los procedimientos, instructivos, protocolo y manual se encontraban desactualizados, ya sea por normatividad, habilitación, o algunas actividades no quedaron contempladas, por lo que, con la asesoría del equipo del SIG, se han revisado, actualizados, y están a la espera de ser llevados al Comité Coordinador de Control Interno de Gestión - SIG, para su aprobación	90%