



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO**  
**Empresa Social del Estado**

**MATRIZ PLAN DE ACCION , ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO**

**SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION AÑO 2017**

**Etapa de Planificación Operacional**

Nº	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	(COMO) Actividades	(QUIEN) Responsable	(CUANDO) Fecha	AVANCE Peso %	Status	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
							C		
							E		
							A		
NC									
	<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>								
	Falta de Oportunidad en el reporte de la información necesaria para generar el cierre contable, los planes de mejoramiento , programas, productividad e informes de seguimiento.	<b>Seguim. Reporte de informacion</b>	<b>Revison de fechas de informes enviados a los entes de control</b>	<b>Sub gerencia Administr. y funcionarios de area contable</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	<b>100%</b>	<b>C</b>	<b>AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO</b>	<p>Toda la información de interés a la comunidad es subida a la pagina WEB de la institución en la que se encuentran los informes financieros, informes de control interno, convocatorias, Plan de inversiones, operación de las cuentas reciprocas, Plan de acción</p> <p>Informes Decreto 2193            Informes Monitoreo del PSFF            Boletin de Deudores Morosos            Información Financiera CHIP            Reportes Supersalud Circular Unica            Contratación: <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/contrataci-n">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/contrataci-n</a>            Rendición de cuentas: <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/rendici-n-cuentas">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/rendici-n-cuentas</a>            Transparencia: <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/ley-transparencia">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/ley-transparencia</a>            SIAU : <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/siau-el-servicio-informaci-n-y-atenci-n-al-usuario">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/siau-el-servicio-informaci-n-y-atenci-n-al-usuario</a>            Planeación gestión y Control: <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/noticias-informacion/plan-de-accion">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/noticias-informacion/plan-de-accion</a>            Normatividad Estatutos: <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/estatutos">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/estatutos</a>            Reglamentos: REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL  <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/reglamentos">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/reglamentos</a>            Resoluciones: <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/noticias-informacion/encuestas/enero-2016/encuesta-1033418787">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/noticias-informacion/encuestas/enero-2016/encuesta-1033418787</a>            SARLAFT: <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/noticias-informacion/encuestas/diciembre-2016/encuesta-1168386667">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/noticias-informacion/encuestas/diciembre-2016/encuesta-1168386667</a></p> <p>Servicios: <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/servicios">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/servicios</a></p> <p>Información Institucional : <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/quienes-somos/informacion-institucional">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/quienes-somos/informacion-institucional</a></p>

Nº	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	(COMO) Actividades	(QUIEN) Responsable	(CUANDO) Fecha	AVANCE Peso %	Status	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
							C		
	<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>								
1		<b>Evaluación de desempeño</b>	<b>Evaluar el desempeño de los funcionarios en Carrera administrativa</b>	<b>Gestion de talento humano lideres de los procesos.</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	<b>62%</b>	<b>NC</b>	<b>Informe de evaluacion de desempeño</b>	Hay 21 funcionarios en carrera administrativa en el año 2017, se realiza evaluación de desempeño a 13 funcionarios de carrera que corresponden al area administrativa, de los cuales 9 estan calificados en el nivel sobresaliente, 4 en el nivel destacado, No se evaluó a 8 funcionarios de carrera de los cuales 1 es del area administrativa y 7 son del area misional, los del área misional dejados de evaluar por ausencia de cargo de responsable subgerencia científica. EMPLEADOS PROVSIONALIDAD: se evaluaron 6 empleados de 44 en provisionalidad.
	Informes de Gestión	<b>Revison a la autoevaluacion y a la Autogestion</b>	<b>implementar cronogramas de seguimiento de los diferentes informes</b>	<b>Gestion de calidad y lideres de los procesos Control Interno</b>	Trimestral	<b>70%</b>	<b>NC</b>	<b>Seguimiento a la Autoevaluacion</b>	Se ha presentado dificultad para evidenciar los Planes de mejoramiento a los hallazgos de auditoria realizada por Control interno, debido a la implementación del nuevo programa SIHOS.  Los procesos que han evidenciado los planes de mejoramiento son: Apoyo Terapéutico Apoyo Diagnostico Odontología.Urgencias, Hospitalizacion, Cx Y gineobstetricia ; Promocion y Prevencion. Se evidencia que algunos procesos de Apoyo no han realizado planes de mejoramiento, los que han cumplido con esta responsabilidad son: SIAU;TESORERIA;Contratacion, La utilización de cronogramas en las capacitaciones al personal. Cumplimiento en las auditorias programadas y en la presentación de informes a las diferentes entidades de control.  Se realiza seguimiento a las Auditorias de cada proceso del Hospital con el fin de lograr un mejoramiento continuo de los procedimientos y de los procesos en general. En el Hospital en su proceso de control se ha venido presentando un continuo fortalecimiento en los procesos de seguridad del paciente, mejora continua de los procedimientos y atención al usuario, sistemas de calidad, trascendiendo del seguimiento al cumplimiento de las funciones, a los procesos reales de autocontrol y autogestión institucional. La Oficina de Control Interno ha dado cumplimiento con los informes de su competencia requeridos al interior de la Entidad, normatividad externa, y los expresados en la Ley 1474 de 2011. Las áreas asistenciales cuentan con sus manuales, guías y protocolos actualizados y socializados. La información de las Historias Clínicas se llevan de forma sistematizada.
2	Desactualización de la Planeación Estratégica y Operativa	<b>Cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.</b>	<b>Seguimiento mensual del POA</b>	<b>Gerente y lideres de procesos.</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	<b>100%</b>	<b>C</b>	<b>Indicador de Productividad</b>	Se realiza seguimiento al POA está actualizado hasta el mes de septiembre con un promedio de cumplimiento del 86% se evidencia en la carpeta de calidad POA 2017..el Plan de gestion se encuentra en proceso de aprobacion por parte de la Junta directiva ya que el Gerente que esyaba en interinidad fue nombrado a partir del mes de septiembre teniendo 30 dias de plazo para presentarlo dando cumplimiento al 100% del compromiso

Nº	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	(COMO) Actividades	(QUIEN) Responsable	(CUANDO ) Fecha	AVANCE Peso %	Status	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
							C		
	<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>								
3	Desactualización del NORMOGRAMA					%	NC	Indicadores de Gestion	
4	La no publicación de la información de interés pública en la Página web de la Institución	<b>Realizar Publicación DE LA INFORMACION de interés a la comunidad</b>	<b>Registro de Información almacenada en</b>	<b>Lider de Sistemas</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	100%	C	<b>Vitacora de Información subida a la Página Web</b>	Toda la información de interés a la comunidad es subida a la página WEB de la institución en la que se encuentran los informes financieros, informes de control interno, convocatorias, Plan de inversiones, operación de las cuentas recíprocas, Plan de acción
5	Pérdida de información relacionada con el Régimen de Contabilidad Pública	Realizar BACKUP DE LA INFORMACION a través de la Oficina de sistemas con el fin de conservar la información	Vitacora de Backup realizados	<b>Lider de Sistemas</b>	10/01/2017 AL 31/12/2018	100%	C	Vitacora de Información backup	Se evidencia registro de backup realizados así: El área financiera y de sistemas no ha reportado pérdida de información financiera por lo tanto este riesgo ha sido controlado con el nuevo programa de SIHOS Server2 Controlador de Dominio - Publica 1 diaria 30 28 Server4 Bases de datos y publica de usuarios del dominio 1 Diaria 30 28 Servidor SIHOS Base de datos SIHOS 4 diarias 120 112 Server-Sislab Base de datos Laboratorio SISLAB 1 Diaria
6	Incumplimiento en el reporte de la información financiera /CHIP) a la CGN y demás entes de control.	<b>Seguimiento y Verificación en el cumplimiento al cronograma para el reporte de la información financiera a la CGN y otros entes de control.</b>	<b>TABLEROS DE CONTROL</b>	<b>LIDERS DE PROCESOS RESPONSABLE S DE REPORTAR INFORMACION</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	100%	C	<b>Reporte a la CGN, SINS</b>	<b>Informes a entidades de control :</b> <a href="http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/informes-entidades-control">http://www.hospitalroldanillo.gov.co/content/informes-entidades-control</a>

N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	(COMO) Actividades	(QUIEN) Responsable	(CUANDO ) Fecha	AVANCE Peso %	Status	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
							C		
							E		
							A		
							NC		
	<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>								
7	Error en el proceso de consolidacion contable (PARAMETRIZACION).	<b>Ejecucion del procedimiento de Consolidación contable - especialmente las actividades relacionadas con las inconsistencias entre almacen ,recursos humanos y contabilidad</b>	Conciliaciones realizadas	<b>lider de Almacen, Talento Humano, Contabilidad.</b>	4/01/2016 AL 31/12/2016	100%	C	<b>Formato de Conciliacion</b>	Se realizaron las conciliaciones entre los procesos de recursos fisicos y de recursos Humanos cumpliendo con el 100% de las conciliaciones programadas
8	Incumplimiento del programa de bienestar.	Elaboracion del plan anual de bienestar social y cumplimiento del plan.	Cumplimiento al plan anual de bienestar social	gestion del talento Humano y Comité	10/01/2017 AL 31/12/2017	100%	C	Plan de Bienestar Social	SE CUMPLIO CON EL PLAN ANUAL DE BIEN ESTAR SOCIAL DANDO UN 100% CON RESPECTO A LO PROGRAMADO.

N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	(COMO) Actividades	(QUIEN) Responsable	(CUANDO) Fecha	AVANCE Peso %	Status	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
							C		
							E		
							A		
NC									
	<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>								
9	Incumplimiento de las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Cumplimiento de los Estandares Minimos de SG-SST	MONITOREO A RIESGOS	Subgerencia Administrativa Responsable del SG-SST	10/01/2017 AL 31/12/2017	85%	C	Auditoria externa del Sg_SST	<p>AVANCES EN EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO HDSA AGOSTO SEPTIEMBRE OCTUBRE 2017</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Julio de 2017 se nombra responsable del SG-SST.medico especialista en Seguridad y salud en el trabajo, gerencia y control de riesgos.</li> <li>1 agosto 2017 Se realizo auto evaluación de los estándares mínimos en el SG SST, el cual arrojó un resultado del 84.5% de su cumplimiento, de 60 puntos evaluados se cumple con 52 puntos, 8 puntos de no conformidad motivo por el cual se redactó plan de mejora y se dio inicio a su ejecución.</li> <li>Teniendo en cuenta que el mayor inconveniente para llevar a cabo el SG-SST son los recursos económicos el 4 septiembre de 2017 se solicitó presupuesto para el año 2018 para adquisición de insumos, EPP, capacitación de los trabajadores, implementación de SVE etc</li> <li>Se dio continuidad a los exámenes médicos laborales de ingreso periódicos y retiro de los empleados del HDSA.(en los últimos 3 meses han sido valorados 53 funcionarios)</li> <li>Capacitación a los empleados HDSA en el mes de septiembre en varias áreas de trabajo en riesgo biológico y riesgo ergonómico.</li> <li>Aplicación de la batería de riesgo psicosocial en el mes de septiembre</li> <li>Se realizo documento para asignación de responsabilidades a todos los niveles con el SG-SST, el cual debe ser firmado por los empleados</li> <li>Septiembre 12 de 2017 se actualizo la política de SST, y se ha venido socializando con el fin de concientizar a los empleados del HDSA y que se interiorizada y aplicada</li> </ol>
10	No pago oportuno de la nómina y la seguridad social	Programacion de pagos de acuerdo a la disponibilidad de recurso.	Registros Controlados	Tesoreria Subgerencia administrativa	10/01/2017 AL 31/12/2017	100%	C	Pago de nomina al dia	En el año 2017 se ha cancelado el 100% de los salarios y prestaciones sociales al personal de planta de manera cumplida
11	Vulnerabilidad en la integridad y confidencialidad de la información		Socializacion de las Politicas de la seguridad informatica	<b>Sistemas</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	70%	E		<p>se realizo el MANUAL DE POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION</p> <p>POLITICAS SOBRE EL USO DEL CELULAR EN LA INSTITUCION. Falta socializacion de las politicas 70% de cumplimiento.</p>
12	Incumplimiento en Términos Legales y/o procesales	Realizar calificacion de cada proceso de forma trimestral según el riesgo	La evaluacion de los procesos que van en contra del Hospital	<b>Asesor Juridico</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	80%	E	Valoracion de Riesgos	Según el manual de las políticas del Comité de conciliación laboral el comité tiene establecido realizar 1 vez al mes una reunión en la cual se han identificado los casos de según el riesgo alto, mediano y bajo riesgo.Clasificados así:De Bajo Riesgo % de Medio % y de Alto Riesgo %

N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	(COMO) Actividades	(QUIEN) Responsable	(CUANDO ) Fecha	AVANCE Peso %	Status	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
							C		
							E		
							A		
NC									
	<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>								
13	Incumplimiento del plan de Auditorias Integrales a los procesos misionales y de apoyo.	<b>Elaboracion de plan de Auditorias aprobads por el comité de control Interno</b>	<b>Tablero de control</b>	<b>Asesor de Control Interno</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	<b>100%</b>	<b>C</b>	<b>Informes de Auditorias Integrales de Control Interno</b>	De acuerdo al Plan de auditoría aprobado en el mes de Enero se han realizado EL 100% de las auditorias integrales PROGRAMADAS en este año a los siguientes procesos: <b>HALLAZGOS DE AUDITORIA 2017 PROCESOS MISIONALES</b> Apoyo Terapéutico 2 Promoción y Prevención y Salud Publica 8 Cirugía y Ginecobstetricia 14 Gestión Odontológica 3 Gestión de Urgencias 11 Gestión de la Internación 13 Laboratorio 9 <b>HALLAZGOS DE AUDITORIA 2017 PROCESOS APOYO</b> Contratación 18 Mantenimiento 8 SIAU 3 Almacén 7 Cartera y facturacion 6 Talento Humano, 7 Presupuesto 6 Contabilidad 15 Tesoreria 7 Gestion Documental 4 Servicios Generales 4 Estadistica 4

N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	(COMO) Actividades	(QUIEN) Responsable	(CUANDO ) Fecha	AVANCE Peso %	Status	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
							C		
							E		
							A		
NC									
	<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>								
14	Incumplimiento a los Planes de Mejoramiento	<b>Verificación del cumplimiento y seguimiento a la ejecución de los Planes de mejoramiento en el PIN</b>	<b>Seguimiento a los planes de mejoramiento</b>	<b>Asesor de Control Interno</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	35%	NC	<b>Informe de Seguimiento a los Planes de mejoramiento</b>	<p>De 66 hallazgos encontrados en los procesos MISIONALES solamente el 35% cumplió con los planes de mejoramiento de acuerdo a las recomendaciones dadas en las auditorías realizadas por control interno; cabe anotar que algunos hallazgos quedaron abiertos por no ser de responsabilidad directa del líder sino de otras dependencias. Los procesos que no cumplieron con la Gestión de indicadores ni autoevaluación y, seguimiento a riesgos y planes de mejoramiento fueron 3 Imagenología, Internación, Cirugía y Ginecología que son procesos cuyas auditorías externas han presentado los mismos hallazgos de control interno. Los procesos MISIONALES que realizaron la Autoevaluación de su gestión en la fecha estipulada fueron: Urgencias, Odontología, Promoción; y Prevención.</p> <p>De 99 hallazgos encontrados en los procesos APOYO solamente el 13% cumplió con los planes de mejoramiento de acuerdo a las recomendaciones dadas en las auditorías realizadas por Control interno; cabe anotar que la mayoría de hallazgos quedaron abiertos por no presentar planes de mejoramiento Y otros que no son de responsabilidad directa del líder como Gestión Documental que quedó un hallazgo abierto por que la dependencia de contratación no cumplió con la transferencia; igualmente se observa en los procesos de Servicios Generales y Presupuesto que los hallazgos que quedaron abiertos no son responsabilidad directa del líder.</p> <p>Los procesos DE APOYO que no cumplieron con la Gestión de indicadores ni autoevaluación, seguimiento a riesgos y planes de mejoramiento fueron: Almacén, Contabilidad, Contratación, Mantenimiento, Sistemas y tesorería.</p> <p>Los procesos que entregaron la Autoevaluación de su gestión en la fecha estipulada fueron: Talento Humano, Estadística y servicios generales.</p>
15	Realizar compras sin autorización del ordenador del gasto sin RPy CDP	Seguim. a plan estrat. y operat.	<b>Seguimiento a los CDP y Rp</b>	<b>Presupuesto SubDirección Administrativa Control interno</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	100%	C	Auditoría a Contratación	Se evidencia que todo gasto está respaldado por un CDP y su correspondiente CDP Auditoría de Control Interno se cumple con el 100%

N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	(COMO) Actividades	(QUIEN) Responsable	(CUANDO) Fecha	AVANCE Peso %	Status	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
							C		
	<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>								
16	Sustracción del dinero de las cajas	Registro diario de arqueo de cajas del hospital	<b>Control de entrega de dineros a tesoreria</b>	<b>Tesoreria Subgerencia administrativa</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	100%	C	Auditoria a caja	0% las consignaciones se realizan teniendo en cuenta el arqueo que se realiza con los dineros entregados por los cajeros, No se ha materializado hasta la fecha faltantes de las cajas
	*Daño intensional de los equipos o desperdicio intensional de insumos medicos	Reporte de daños Intensional de los equipos	Registro de mantenimientos correctivos por daños intensionales de los equipos	<b>Sub Direccion Administrativa y Mantenimiento</b>	10/01/2017 AL 31/12/2017	100%	C	Informe de Mantenimiento	De acuerdo al reporte del area de mantenimiento no se evidencio ningun daño de forma dolosa o intensional a los equipos; las reparaciones realizadas fueron producto del desgaste del uso de los mismos
17	falta de seguimiento y control de las PQRS	Dar respuestas oportunamente a la PQRS de los ciudadnos	Responder el total de quejas y reclamos que presentan los ciudadanos al Hospital Departamental San Antonio	Oficina del SIAU	10/01/2017 AL 31/12/2017	90%	C	INFORME ANUAL DE PQRS DEL SIAU	Se han presentado los informes mensualmente en los comites de Control Interno.



N°	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	(COMO) Actividades	(QUIEN) Responsable	(CUANDO) Fecha	AVANCE Peso %	Status	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
							C		
							E		
							A		
NC									
	<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>								
18	FALTA DE CONTROL AL GASTO DE COMBUSTIBLE	Seguimiento gasto de combustible	Seguimiento al valor de las obligaciones causadas por el consumo de Combustible	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA y OCI	TRIMESTRAL	100%	C	Informe de austeridad del gasto	<p>Consolidando el gasto de combustible de Área Administrativa y Operativa para el Tercer trimestre se observó una variación positiva (Aumento) del 41 % equivalente a \$ 2.946.980,00 para el mes de agosto y para el mes de septiembre continua el aumento en un 10% equivalente a \$ 1.000.680,</p> <p>. El promedio de consumo para el Tercer trimestre fue de \$9'531.587</p> <p>El valor de las obligaciones causadas por consumo de Combustible para el tercer Trimestre se aumento en un 8% con relación del segundo trimestre en \$2.184.717,00</p> <p>Relación DEL GASTO POR COMBUSTIBLE por trimestre:</p> <p>Primer trimestre: \$ 13.123.718,10                      Segundo Trimestre : \$26.410.045,00                      Tercer Trimestre ; \$ 28.594.762,00</p> <p>En Este aumento ha influenciado el alza de combustibles en este año y el ingreso a funcionamiento de la Ambulancia TAM</p>
MAURICIO SALDARRIAGA GERENTE _____									
YARAVI MAITE LLANOS G SUBGERENTE ADMINISTRATIVA _____									
RODRIGO JIMENEZ GUZMAN ASESOR DE CONTROL INTERNO _____									