



HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ

OFICINA DE CONTROL INTERNO

**INFORME DE SEGUIMIENTO
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO
VIGENCIA 2016**

**BELLO, ANTIOQUIA
SEPTIEMBRE DE 2016**



INTRODUCCIÓN

Dando cumplimiento con lo establecido en el artículo 5 del decreto 2641 de 2012 donde se deja en responsabilidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, el seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2016, a cargo de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez y con el fin de realizar la evaluación al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, la oficina de control interno realizo seguimiento de las actividades e indicadores diseñados en el Plan Anticorrupción, verificando cada una de las evidencias que demuestran el logro de los mismos.

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de los indicadores que mitigan los riesgos de corrupción de cada uno de los procesos de la E.S.E, los cuales están contemplados en el Mapa de Riesgos de Corrupción, para dar cumplimiento en lo establecido en el Decreto 2641 de 2012.

METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno, realizó la validación y recolección de evidencias que correspondan a los productos establecidos en el mapa de riesgos de corrupción, con cada uno de los líderes de los procesos, para lo cual se elaboraron los documentos necesarios de manera que comprueben las actividades desarrolladas en cada uno de los indicadores.

MARCO NORMATIVO

Ley 87 de 1993	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno.
Ley 489 de 1998	Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública.
Decreto 2145 de 1999	Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial.
Directiva Presidencial 09 de 1999	Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.
Decreto 1537 de 2001	Por la cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993
Decreto 943 de 2014	Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI.
Ley 1474 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.
Decreto 2641 de 2012	Por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011.
Decreto 124 de 2016	Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

I. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES PARA PREVENIR LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN

El seguimiento se desarrolló verificando el cumplimiento de los indicadores contemplados en la matriz de riesgos, los cuales permiten comprobar las acciones propuestas que mitigaran los riesgos de corrupción por proceso, a continuación, se presentan las observaciones generadas del seguimiento:

PROCESO: GERENCIA

El Plan anticorrupción y de atención al ciudadano en este proceso está compuesto por once (11) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con dos (2) indicadores.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "Nº de planes puestos en ejecución para el cumplimiento de los objetivos propuestos", se pudo evidenciar que en la institución, solo está en ejecución el plan de gestión, ya que en el año 2016 solo llegó en propiedad un solo Gerente hasta el mes de septiembre, por lo tanto solo tiene aprobado por parte de la Junta Directiva un Plan de Gestión.
- Para el indicador "Nº de proyectos propuestos para el cumplimiento de los objetivos institucionales", se observó que no se encuentra construido el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo Anual, para el periodo comprendido entre el 2016 y 2019.
- Para el indicador "Nº funcionarios capacitados en normas vigentes disciplinarias y penalmente", se evidencia que para la vigencia 2016 no se ha ejecutado en el Plan de Capacitaciones temas sobre normas disciplinarias y penales.
- Para el indicador "Nº de Manuales de procesos, subprocesos y procedimientos actualizados", los procesos fueron actualizados por última vez en el año 2015.
- Para el indicador "Nº de agremiado socializado en manuales de procesos, Subprocesos y procedimientos actualizados", el Hospital en los meses de abril a agosto presentó situaciones especiales, como la terminación de las relaciones comerciales con las agremiaciones, por lo tanto el número de agremiados varió ostensiblemente.
- Para el indicador "Nº de funcionarios capacitados en los objetivos corporativos (Misión, Visión y Plan de Desarrollo)", la socialización de la Misión, Visión y Plan de Desarrollo en el año 2016 no se realizaron ya que

el Hospital presentó dos encargos de la Gerencia por lo que no se obliga por parte de estos a construirlos.

- Para el indicador "N° de personas capacitadas con el código de ética institucional", se recomienda que se desagregue el indicador para la capacitación del comité de ética, tanto para empleados públicos, como para personal agremiado.
- Para el indicador "N° de publicaciones realizadas del reglamento de trabajo en los diferentes medios existentes de la institución", dentro de la presentación del programa de inducción institucional que se realiza al personal que ingresa a la institución, no se encuentra contemplado la socialización del reglamento de trabajo.
- Para el indicador "N° de Cronogramas socializados con fechas de publicación de la información obligatoria para la comunidad o rendición de cuentas", no se encuentra a la fecha de corte del informe evidencia sobre la rendición de cuentas a la ciudadanía de acuerdo a la normatividad. Esta se encuentra programada para el 21 de Diciembre de 2016.

PROCESO: PLANEACIÓN

Este proceso está compuesto por dos (2) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que no se cumplió con ningún indicador.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "N° de normas relacionadas con el área de planeación conocidas y difundidas en la ESE", se recomienda replantear el indicador de manera que en el mismo, se presenten las normas que serán conocidas y difundidas por el área de planeación para la vigencia.
- Para el indicador "N° de informes de socialización de normatividad del área con la Gerencia", se recomienda replantear el indicador de manera que el mismo, presente los informes a socializar a la Gerencia.

PROCESO: MECI

Este proceso está compuesto por ocho (8) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar el cumplimiento de seis (6) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "N° de acciones realizadas a las áreas en la implementación y ejecución de fomento de la cultura de control y autocontrol", se recomienda desarrollar este rol con los funcionarios de la entidad.
- Para el indicador "Actos administrativos impartidos para el nombramiento del coordinador de la Oficina de CI", se recomienda realizar acto administrativo por parte de la entidad para el respectivo nombramiento del coordinador de la oficina de control interno.

PROCESO: SOGC

Este proceso está compuesto por trece (13) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con nueve (9) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "N° de seguimientos realizados a los planes de mejoramiento del área", el área de calidad no presenta planes de mejoramientos específicos, solo tiene bajo su responsabilidad acciones correspondientes a otros planes de la entidad. (N/A)
- Para el indicador "N° de personas a quienes se socializó el plan de comunicaciones institucional", se evidencia que el Plan de Comunicaciones no se encuentra actualizado para la vigencia 2016.
- Para el indicador "N° de comités realizados en los cuales participa el proceso Sistemas de Información", el componente del sistema de habilitación no participa como tal en los comités, por lo tanto se recomienda modificar este indicador para el área de calidad.
- Para el indicador "N° de planes de mejora cumplidos", existen tres planes de mejoramiento sobre Sistemas de Información, PAMEC y Calidad del dato de los RIPS, los cuales se encuentran en proceso de cumplimiento.

PROCESO: CONTRATACIÓN

Este proceso está compuesto por catorce (14) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con diez (10) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "Nº. De contratos celebrados sin la autorización de la junta directiva de la ESE", este no se encuentra adecuadamente construido, ya que la Junta Directiva no aprueba contratación, excepto cuando las cuantías superan el valor estipulado en el manual de contratación de la E.S.E, por lo cual se recomienda redefinir el indicador.
- Para el indicador "Nº de personas en áreas asistenciales y administrativas con contrato laboral", se propone ajustar el indicador, ya que el área jurídica no elabora contratos laborales, se aclara que en la entidad el personal se vincula por carrera administrativa o provisionalidad.

PROCESO: SIAU

Este proceso está compuesto por ocho (8) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con tres (3) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Se recomienda incluir en el próximo seguimiento del Plan Anticorrupción los indicadores que no se encuentran cumplidos, o de los cuales no se pudo obtener información:
 - Nº de PQRS divulgadas en el periodo.
 - Nº de datos informados por el SIAU no fidedignos o sin soporte.
 - Nº de atenciones ofrecidas a los ciudadanos en el área de Atención al Usuario.
 - Nº de encuestas de satisfacción con sesgos de información detectadas mediante auditorias.
 - Nº de PQRS con respuesta en el tiempo establecido.

PROCESO: FARMACIA

Este proceso está compuesto por diez (10) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con un (1) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "Nº de comités reglamentados para farmacia con participación efectiva de representantes de los usuarios", en la institución no se realizan comités exclusivos para el área de farmacia y la asociación de usuarios del Hospital, no hace parte de los integrantes de los comités,

de acuerdo a los actos administrativos que conforman dichos comités.
(N/A)

RECOMENDACIÓN:

Se recomienda que este indicador no sea incluido para esta área en el plan, puesto que en la dinámica del Hospital no se realizan dichos comités.

- Para el indicador "Nº de pacientes a los que no se les informa o explica la aplicación o suministro de un medicamento en los servicios de la ESE", el indicador no le aplica al área ya que la explicación del uso y suministro de medicamentos es realizado por los médicos y enfermeras en otras áreas, por lo cual se recomienda redefinir el indicador para el área correspondiente. (N/A)

RECOMENDACIÓN:

Se recomienda incluir en el próximo seguimiento del Plan Anticorrupción los indicadores que no se encuentran cumplidos, o de los cuales no se pudo obtener información:

- Nº de elementos adquiridos en cada uno de los ítems del plan de compras aprobado teniendo en cuenta máximos y mínimos.
- Nº de elementos adquiridos sin soporte técnico científico.
- Nº de medicamentos con tarifas fijadas en la ESE por fuera de las políticas estatales y reguladas por ley.
- Nº de productos fraudulentos, vencidos o adulterados encontrados.
- Nº de proveedores sin cumplimiento de requisitos.
- Nº de fórmulas detectadas o reportadas entregadas erróneamente a los usuarios.
- Nº de cuadros de turnos detectados en farmacia con irregularidades.

PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Este proceso está compuesto por nueve (9) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con un (1) indicador con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "Nº de veedurías con participación efectiva de representantes de los usuarios", en la institución no se realizan comités exclusivos para el área de Referencia y Contra referencia y la asociación de usuarios del Hospital, no hace parte de los integrantes de los comités,

de acuerdo a los actos administrativos que conforman dichos comités.
(N/A)

- Para el indicador "Nº de historias clínicas electrónicas detectadas con información no fidedigna", se debe ajustar este indicador, ya que este no le aplica directamente al área. (N/A)

RECOMENDACIÓN:

Se recomienda incluir en el próximo seguimiento del Plan Anticorrupción los indicadores que no se encuentran cumplidos, o de los cuales no se pudo obtener información:

- Nº de anotaciones en el sistema de remisiones entregadas sin cumplimiento de requisitos.
- Nº de camas bloqueadas sin justificación.
- Nº usuarios remitidos en traslados primarios inmediatos, remisiones inmediatas o muertes antes de las 24 horas de pacientes recibidos de niveles superiores.
- Nº de Personas contratadas técnicamente que rotan a o de referencia y contra referencia sin justificación técnica.
- Nº de hallazgos o de reportes de uso indebido de los medios de comunicación del centro regulador en auditorías realizadas a las planillas de llamada.
- Nº de registros de uso en el transporte de personas o insumos no autorizados en la ambulancia.

PROCESO: URGENCIAS

Este proceso está compuesto por nueve (9) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar el cumplimiento de siete (7) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "Nº de personas contratadas sin el cumplimiento del perfil requerido", se registró un caso de un funcionario que se desempeñaba como reeducador en el servicio de urgencias, sin ser necesario en el servicio, el cual se encontraba registrado en el área de atención al usuario.



RECOMENDACIÓN:

Se recomienda incluir en el próximo seguimiento del Plan Anticorrupción los indicadores que no se encuentran cumplidos, o de los cuales no se pudo obtener información:

- N° de Hallazgos anómalos en auditorias de H Clínicas de pacientes no anotados en los registros.
- N° de pacientes mal Clasificados en el Triage.

PROCESO: HOSPITALIZACIÓN

Este proceso está compuesto por seis (6) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con cuatro (4) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "N° de faltantes de medicamentos detectados en el inventario sin justificación", en el área de hospitalización no se manejan inventarios de medicamentos, por lo cual se recomienda redefinir el indicador.
- Para el indicador "N° de productos efectivamente aplicados a los pacientes por enfermería en hospitalización según Kardex", el servicio de hospitalización no maneja inventario de medicamentos, pero si hay medicamentos que se aplican a los pacientes por parte del personal de enfermería, por lo cual se recomienda que el indicador sea replanteado.

PROCESO: CONSULTA EXTERNA

Este proceso está compuesto por siete (7) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con cinco (5) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "N° comités y/o veedurías, con participación efectiva de representantes de los usuarios", en la institución no se realizan comités exclusivos para el área de Consulta Externa y la asociación de usuarios del Hospital, no hace parte de los integrantes de los comités, de acuerdo a los actos administrativos que conforman dichos comités. (N/A)
- Para el indicador "N° de registros de uso en el transporte de personas o insumos no autorizados en la ambulancia", el servicio de consulta externa

no hace uso de la ambulancia institucional, por lo cual se recomienda redefinir este indicador para el área.

PROCESO: AYUDAS DIAGNOSTICAS

Este proceso está compuesto por seis (6) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con cinco (5) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "Nº comités y/o veedurías, con participación efectiva de representantes de los usuarios", en la institución no se realizan comités exclusivos para el área de Ayudas Diagnósticas y la asociación de usuarios del Hospital, no hace parte de los integrantes de los comités, de acuerdo a los actos administrativos que conforman dichos comités. (N/A)

PROCESO: CIRUGIA

Este proceso está compuesto por seis (6) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con cinco (5) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "Nº comités y/o veedurías, con participación efectiva de representantes de los usuarios", en la institución no se realizan comités exclusivos para el área de Cirugía y la asociación de usuarios del Hospital, no hace parte de los integrantes de los comités, de acuerdo a los actos administrativos que conforman dichos comités. (N/A)

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

Este proceso está compuesto por diez (10) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con ocho (8) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "Nº De Controles realizados al software de facturación/ Nº total de controles programados y no programados al software contable de facturación", se observa que el indicador no está adecuadamente construido ya que el denominador tiene definidos dos variables que no permiten medir con claridad el porcentaje de los controles implementados en el software de facturación.

RECOMENDACIÓN:

Se recomienda incluir en el próximo seguimiento del Plan Anticorrupción los indicadores que no se encuentran cumplidos, o de los cuales no se pudo obtener información:

- N° De pagos a proveedores prioritarios atrasados

PROCESO: TALENTO HUMANO

Este proceso está compuesto por nueve (9) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con cinco (5) con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "N° de contratos realizados sin el cumplimiento total de las necesidades de la ESE Y del protocolo de contratación en el periodo", se recomienda que este no sea medido en el área de Gestión Humana, sino en el área de Contratación. (N/A)
- Para el indicador "N° de quejas por presiones indebidas en el área a nivel jerárquico", todas las quejas del personal externalizado son tramitadas a través de la Oficina de Atención al Usuario y direccionadas a la agremiación respectiva, por lo cual se recomienda replantear el indicador. (N/A)

RECOMENDACIÓN :

Se recomienda incluir en el próximo seguimiento del Plan Anticorrupción los indicadores que no se encuentran cumplidos, o de los cuales no se pudo obtener información:

- N° De Quejas por Acoso Laboral

PROCESO: GESTIÓN TECNOLÓGICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Este proceso está compuesto por doce (12) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con dos (2) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Se recomienda incluir en el próximo seguimiento del Plan Anticorrupción los indicadores que no se encuentran cumplidos, o de los cuales no se pudo obtener información.
 - N° de auditoría realizadas para la validación de la información institucional.
 - N° de equipos inventariados que presentan daños o averías causados por terceros en la institución.
 - N° de licencias de software x adquiridos por la ESE.
 - N° de personas con evidencia de robo de datos.
 - N° de computadores con virus detectados en el periodo.
 - N° de áreas con reportes de daños en las redes eléctricas en el periodo.

PROCESO: GESTIÓN DE APOYO LOGÍSTICO E INFRAESTRUCTURA

Este proceso está compuesto por siete (7) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con tres (3) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "N° de interventorías realizadas a los contratos ejecutados con relación al área", no fue posible evidenciar el número de interventorías a los contratos de obra pública, ya que estos no reposan en el expediente contractual.
- Para el indicador "N° de inventarios de equipos actualizados y con responsables", por las situaciones coyunturales de la entidad en el momento de la verificación no se encontró en el área de activos fijos la información actualizada sobre los inventarios de los bienes de la E.S.E. con respecto al sistema.
- Para el indicador "N° de personas empleadas o contratistas que salen de la institución con los paz y salvos correspondientes de inventarios a su cargo", se observó que el control de inventarios los inventarios son firmados por los coordinadores de área y no por cada uno de los funcionarios, por lo cual se observa que no se lleva control de los paz y salvos firmados.
- Para el indicador "N° de H de Vida reclutadas sin criterios de selección por el contratista", no fue posible evidenciar el número de interventorías a los



contratos de obra pública, ya que estos no reposan en el expediente contractual.

PROCESO: JURIDICA

Este proceso está compuesto por diez (10) indicadores para su cumplimiento, de estos se pudo evidenciar que se cumplió con seis (6) indicadores con respecto a la fecha de corte del informe.

OBSERVACIONES:

- Para el indicador "Nº vinculaciones de personas que no cumplen el perfil del cargo por la agremiación", la institución contrata procesos o servicios mas no hace vinculaciones de personas por las agremiaciones por lo cual se recomienda modificar el indicador.
- Para el indicador "Nº de actos administrativos con incumplimiento del proceso para su expedición en la ESE en el periodo", el área jurídica no expide actos administrativos, quien expide actos administrativos en la entidad es la Gerencia, por lo tanto este indicador debe ser propuesto para el área de la Gerencia.
- Para el indicador "Nº de liquidaciones realizadas y/o pago de prestaciones sociales extemporáneas o por fuera de los montos permitidos por la norma", se considera que el indicador no es el adecuado para verificar el cumplimiento de la acción, el área jurídica solo realiza verificación más no realiza liquidaciones y pagos de prestaciones sociales, esto lo realiza el área de Gestión Humana, por lo cual el indicador se debe redefinir.

II. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO AL COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES

Con el propósito de verificar los trámites y servicios administrativos que contiene el Plan Anticorrupción, con respecto a los trámites presentados en el aplicativo del SUIT de la Función Pública, se observa que se encuentran publicados diez trámites y servicios autorizados.

OBSERVACIÓN 1:

Se observa que en los trámites y servicios, uno de ellos llamado Historia Clínica, en el punto 3 de pago no aparece el valor a cancelar por concepto de valor por cada impresión o fotocopia.

RECOMENDACIÓN:

Actualizar el trámite y servicio Historia Clínica en el punto 3 asignando el valor correspondiente por concepto de impresión o fotocopia.

**III. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO AL COMPONENTE:
RENDICIÓN DE CUENTAS**

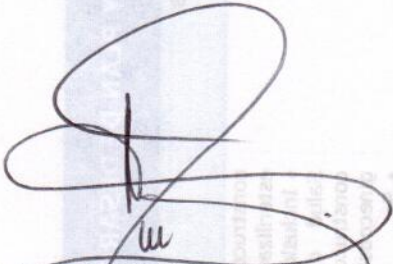
De acuerdo con el modelo para la formulación de la estrategia de rendición de cuentas, se evidencia que:

- **El subcomponente 1:** Información de calidad y en lenguaje comprensible, contiene cuatro actividades programadas para el 07 de Marzo de 2016, las cuales aún no se encuentran surtidas dentro del calendario fijado en el plan anticorrupción.
- **El subcomponente 2:** Dialogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones, contiene cuatro actividades programadas para el 30 de Marzo de 2016, las cuales aún no se encuentran surtidas dentro del calendario fijado en el plan anticorrupción.
- **El subcomponente 3:** Incentivos para motivar la cultura de la medición y rendición de cuentas, contiene tres actividades programadas, las cuales aún no se encuentran surtidas dentro del calendario fijado en el plan anticorrupción.
- **El subcomponente 4:** Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional, contiene 3 actividades programadas, para las cuales no se realizó rendición de cuentas por la administración para la vigencia 2015, que se realiza en el año 2016; La rendición de cuentas para la administración del 2016 se encuentra programada para el 22 de Diciembre del presente año.

RECOMENDACIÓN: Dar cumplimiento a la fecha programada para la rendición de cuentas el 22 de Diciembre de 2016.

IV. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO AL COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

- El acceso a la entidad de los usuarios en condiciones especiales, discapacidad, adultos mayores no tiene una señalización adecuada.
- La oportunidad en las respuestas de las PQRSF, se encuentra en un promedio de 30 días para la respuesta, lo que quiere decir que no se da oportunamente respuesta a las PQRSF de los usuarios.
- En la entidad se realizan encuestas de satisfacción para todos los servicios, lo cual se observó que solo se miden dos preguntas de cada encuesta, evento que demuestra que toda la información consignada en las preguntas de la encuesta no son utilizadas como insumo para el mejoramiento y fortalecimiento de la oficina.



JOVANY PINZÓN PINZÓN
Asesor de Control Interno
ESE Hospital Marco Fidel Suárez

Elaboró: Natalia Morales Galvis
Apoyo Oficina Control Interno

ANEXO 1.

CUADRO RESUMEN MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN			
Procesos	Indicadores		
	Cantidad Planeada	Cantidad Ejecutada	Eficacia
Total Acciones Proceso Gerencia	11	2	52%
Total Acciones Proceso Planeación	2	0	
Total Acciones Proceso MECI	8	6	
Total Acciones Proceso SOGC	13	9	
Total Acciones Proceso Contratación	14	10	
Total Acciones Proceso SIAU	8	1	
Total Acciones Proceso Farmacia	10	2	
Total Acciones Proceso Referencia y Contra referencia	9	1	
Total Acciones Proceso Urgencias	9	7	
Total Acciones Proceso de Hospitalización	6	4	
Total Acciones Proceso Consulta Externa	7	5	
Total Acciones Proceso Ayudas Diagnosticas	6	5	
Total Acciones Proceso de Cirugía	6	5	
Total Acciones Proceso Gestión Financiera	10	8	
Total Acciones Proceso Talento Humano	9	5	
Total Acciones Proceso de Gestión Tecnológica y de Sistemas de Información	12	2	
Total Acciones Proceso de Gestión de Apoyo Logístico e Infraestructura	7	3	
Total Acciones Proceso de Gestión Jurídica	10	6	
TOTAL GLOBAL	157	81	