

### MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Alineado a la Política de Administración de Riesgos de Corrupción, aprobada mediante Resolución 246 del 27 de Junio de 2014

VERSIÓN 2.0

Aprobados mediante:  
Comité Coordinador Interno, Acta 26 de Febrero de 2015  
Resolución No. 0074 del 26 de Febrero de 2015  
(Anterior: Versión1 Resolución No. 0294 del 30 de Julio de 2014)

PROCESO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	EFECTOS	CONTROLES EXISTENTES	VALORACIÓN			ACCIONES DE CONTROL PLANTEADAS	LÍDER O RESPONSABLE DE LAS ACCIONES PLANTEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	
					OCURRENCIA	EFFECTIVIDAD CONTROL	ÍNDICE PRIORIDAD RIESGO IPR						
Direccionamiento Estratégico	1. Obtención de un beneficio particular. 2. Presiones de superiores jerárquicamente. 3. Falta de ética del funcionario 4. Conflicto de interés	1 Posibilidad de alterar o manipular información organizacional en planes y proyectos que direccionan el futuro empresarial.	1. Toma de decisiones inadecuada 2. Inversión ineficiente de recursos 3. Procesos de responsabilidad disciplinaria, penal y fiscal.	1. La generación de información se hace a través de fuentes oficiales, y se somete a revisión de los responsables. 2. En los procesos de direccionamiento de la organización que requieren información, se utiliza la reportada oficialmente a entidades de vigilancia y control. (Informe Decreto 2193 de 2004, Circular Única Supersalud, Sistema Información SIOS, entre otros).	1	1	1	Reducir el Riesgo	1. Soportar los procesos de planeación y direccionamiento con información oficial suscrita por los responsables según la fuente de información.	Subgerencia de Salud e Investigación Subgerencia Financiera y Comercial Secretaría General Direcciones Operativas de Red Oficina Asesora de Comunicaciones Oficina Asesora de Planeación Oficina Asesora Jurídica	Permanente	Permanente	Planes y proyectos soportados en información y fuentes oficiales.  <b>Indicador cualitativo</b> de cumplimiento, se determina en verificación documental la ejecución o no de la acción.
	1. Asumir compromisos políticos 2. Chantaje y presión política para mantener al funcionario en determinado cargo.	2 Actuaciones fundadas en el clientelismo político	1. Ineficiente inversión de los recursos 2. Débil impacto de la Gestión y pérdida de la imagen institucional.	1. Al interior de la empresa se pueden presentar las denuncias correspondientes en la Oficina de Control Interno.	1	2	2	Reducir el Riesgo	1. Dar trámite a las denuncias o informes oficiales relacionada con chantaje, presión política o clientelismo. Este tipo de información se manejará a través de Gerencia y Control Interno.	Gerencia Oficina de Control Interno	Permanente	Permanente	Informes o documentos oficiales de trámite desarrollados por Gerencia o Control Interno.  <b>Indicador cuantitativo:</b> (Número de denuncias tramitadas / Número de denuncias recibidas)*100
Atención al Cliente Asistencial	1. Intereses particulares. 2. Falta de ética profesional.	3 Recibir o pedir dádivas, o utilizar el tráfico de influencias para la asignación de citas en los servicios de salud, en beneficio propio o de particulares	1. Afectación en los procesos de acceso a los servicios de salud. 2. Vulneración a los derechos de los pacientes.	1. Se cuenta con procedimientos de acceso a los servicios de salud y mecanismos de asignación de citas, informados a los Usuarios en los diferentes Centros de Salud.	1	1	1	Reducir el Riesgo	1. Publicar en sitios visibles o de fácil acceso a los usuarios (página web), los procedimientos y requisitos para la solicitud de citas en los servicios de salud.	Direcciones Operativas de Red Oficina de Comunicaciones y Sistemas.	Permanente	Permanente	Carteleras, página web.  <b>Indicador cualitativo</b> de cumplimiento, se determina en verificación documental la ejecución o no de la acción.
	1. Intereses particulares. 2. Falta de ética profesional.	4 Cobrar valores de copagos u otros por los servicios de salud, en los cuales no aplican cobros.	1. Vulneración a los derechos de los pacientes. 2. Procesos de responsabilidad sobre los funcionarios que ejecutan los procesos.	1. Revisión y autorización de anulación de facturas con control de consecutivos.	1	2	2	Reducir el Riesgo	1. Incorporar y ejecutar dentro de los planes de trabajo con Asociaciones de Usuarios, procesos de capacitación u orientación sobre los servicios que no requieren ningún pago por parte de los Usuarios en los servicios de salud. Indicar cómo proceder para informar o denunciar el cobro de los servicios ante los directores operativos de red o a través de PQR.	Profesional Universitario de SIAU Direcciones Operativas de Red	Cada vigencia	Cada vigencia	Planes o cronogramas de trabajo de SIAU con Asociaciones de Usuarios, actas, comunicaciones oficiales.  <b>Indicador cuantitativo:</b> (Número de asociaciones con capacitación u orientación / Número de asociaciones)*100  (Aplica el tema específico de la actividad)

### MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Alineado a la Política de Administración de Riesgos de Corrupción, aprobada mediante Resolución 246 del 27 de Junio de 2014

**VERSIÓN 2.0**

Aprobados mediante:  
Comité Coordinador Interno, Acta 26 de Febrero de 2015  
Resolución No. 0074 del 26 de Febrero de 2015  
(Anterior: Versión 1 Resolución No. 0294 del 30 de Julio de 2014)

PROCESO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	EFECTOS	CONTROLES EXISTENTES	VALORACIÓN			ACCIONES DE CONTROL PLANTEADAS	LÍDER O RESPONSABLE DE LAS ACCIONES PLANTEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					OCURRENCIA	EFFECTIVIDAD CONTROL	ÍNDICE PRIORIDAD RIESGO IPR					
Atención al Cliente Asistencial	1. Intereses particulares. 2. Falta de ética profesional.	5 Remitir a Usuarios de Pasto Salud ESE para que sean atendidos por otras entidades en servicios que son ofertados en nuestras propias IPS.	1. Pérdida de imagen institucional y fidelidad de los usuarios. 2. Pérdida de ingresos y afectación del presupuesto de la entidad. 3. Bajos niveles de productividad que afectan la sostenibilidad.	Actualmente no existen controles tendientes a reducir el riesgo planteado.	1	3	3	Reducir el Riesgo 1. Aplicar a muestra poblacional en servicios específicos un seguimiento de continuidad del servicio. (En maternidad general, hacer seguimiento a las maternas con control prenatal en Pasto Salud ESE con atención de parto en otra entidad).	Direcciones Operativas de Red	Cada vigencia	Cada vigencia	Informe de ejecución de la actividad, actas de trabajo, registros de seguimiento. <b>Indicador cualitativo</b> de cumplimiento, se determina en verificación documental la ejecución o no de la acción.
	1. Intereses particulares de beneficio propio o por favorecer a los usuarios o pacientes. 2. Falta de ética profesional.	6 Adulteración, eliminación o pérdida de documentos propios de la prestación del servicio, como historias clínicas, epicrisis, resultados de laboratorio u otros.	1. Demandas contra Pasto Salud ESE y/o contra los profesionales responsables. 2. Violación a los derechos de los pacientes.	1. Se cuenta con la cadena de custodia de las historias clínicas. 2. Se realizan auditorías de pertinencia en los servicios de salud a través de las historias clínicas, permitiendo evidenciar irregularidades. 3. Las historias clínicas se encuentran en el sistema de información, al cual se puede acceder según los permisos de cada usuario. (Seguridad de la información).	1. Realizar auditorias para determinar la completitud de los registros clínicos.	1	1	1	Reducir el Riesgo	Direcciones Operativas de Red Grupo de Auditoría para el mejoramiento de la calidad.	Según PAA	Según PAA
Gerencia de la Información	1. Falta de compromiso con la entidad. 2. Buscar un beneficio particular. 3. Falta de ética del funcionario	7 Posibilidad de acceder sin autorización al sistema de información o usar esta para un beneficio particular.	1. Utilización inadecuada de la información de la entidad en otros campos o entidades. 2. Daños o alteraciones al sistema de información.	1. Control de acceso y uso de sistemas de información de Pasto Salud ESE. (Permisos de usuarios)	1	1	1	Reducir el Riesgo 1. Mantener actualizado en el sistema de información los permisos y usuarios de acceso.	Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.	Permanente	Permanente	Relación de usuarios y permisos del sistema de información. (Bloquear o cambiar los de personal no vinculado). <b>Indicador cuantitativo</b> (Número de usuarios de personal no vinculado / Total de usuarios con acceso al sistema de información) *100
	1. Bajo niveles de conocimiento de los procedimientos del personal dentro una misma área (Únicamente los conoce el dueño). 2. Ausencia de procesos de transferencia de información entre los funcionarios de la misma área.	8 Concentración de la información de carácter público y/o confidencial en un solo funcionario de la entidad	1. Dificultades en la gestión al no haber un reemplazo de funcionarios en casos de retiro, vacaciones, licencias u otros. 2. Incumplimiento con la entrega de información interna y de obligatorio cumplimiento. 3. Sanciones por no reportar oportunamente la información.	Actualmente no existen controles tendientes a reducir el riesgo planteado.	1	3	3	Reducir el Riesgo 1. Adelantar una socialización específica de los procedimientos aplicables al interior de cada área de la entidad. (Documentar en actas).	Líderes de procesos, Funcionarios directivos y asesores.	Cada vigencia	Cada vigencia	Registros de socialización de procesos y procedimientos dentro de cada área o dependencia. <b>Indicador cuantitativo</b> (Número de personal con socialización / Total de personal del área u oficina)*100

### MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Alineado a la Política de Administración de Riesgos de Corrupción, aprobada mediante Resolución 246 del 27 de Junio de 2014

**VERSIÓN 2.0**

Aprobados mediante:  
Comité Coordinador Interno, Acta 26 de Febrero de 2015  
Resolución No. 0074 del 26 de Febrero de 2015  
(Anterior: Versión1 Resolución No. 0294 del 30 de Julio de 2014)

PROCESO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	EFECTOS	CONTROLES EXISTENTES	VALORACIÓN			ACCIONES DE CONTROL PLANTEADAS	LÍDER O RESPONSABLE DE LAS ACCIONES PLANTEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					OCURRENCIA	EFFECTIVIDAD CONTROL	ÍNDICE PRIORIDAD RIESGO IPR					
Ambiente Físico	1. Falta de mecanismos de seguridad. 2. Dificultad en la implementación de estrategias de control en elementos de consumo. 3. Pretensión de bienes ajenos de los funcionarios.	9 Hurto de los bienes de consumo y devolutivos de Pasto Salud ESE, entregados para el cumplimiento de las funciones dentro de la entidad.	1. Pérdidas económicas para Pasto Salud ESE (Consumo) 2. Pérdidas económicas para los funcionarios responsables de los inventarios (Controlados) 2. Alteración de los inventarios de la entidad.	1. Se ejecutan procesos de seguimiento y control de inventarios, incluidos dentro del proceso de Ambiente Físico de la entidad. 2. Se cuenta con servicios de vigilancia y seguridad privada, que ayuda a reducir el riesgo de hurto en la entidad.	1	2	2	Reducir el Riesgo 1. Mantener la ejecución de los procedimientos de control de inventarios soportado con los documentos de asignación y entrega de elementos.	Almacenista General	Permanente	Permanente	Reportes del sistema de información SIOS, actas de entrega y/o devolución de bienes.  <b>Indicador cualitativo</b> de cumplimiento, se determina en verificación documental la ejecución o no de la acción.
Gestión Jurídica - Contratación	1. Interés indebido en la adjudicación de contratos 2. Conflicto de interés 3. Falta de ética profesional	10 Direccionamiento de condiciones para favorecer a proponentes a través de los estudios previos, condiciones de selección y/o adendas.	1. Falta a los principios de selección objetiva 2. Procesos disciplinarios, penales, fiscales o administrativos. 3. Demandas por irregularidad en los procesos de contratación.	1. Se adelantan comités de contratación para el análisis de los procesos de convocatoria pública. 2. Formulación y publicación del Plan Anual de Adquisiciones.	1	1	1	Reducir el Riesgo 1. Adelantar la revisión en comité de contratación de documentos previos y condiciones de selección para convocatorias públicas.	Oficina Asesora Jurídica Comité de Contratación	Permanente	Permanente	Actas de comité de contratación.  <b>Indicador cuantitativo</b> (Número de convocatorias con revisión de fase previa en comité de contratación / Total de convocatorias públicas abiertas)*100
Mejoramiento continuo	1. Interés particular en ocultar resultados deficientes en la gestión 2. Falta de ética profesional.	11 Posibilidad que la información resultante del seguimiento sea alterada para mostrar una gestión diferente a la real	1. Obstrucción a los procesos de mejoramiento continuo. 2. No se general alertas tempranas a la gestión real de Pasto Salud ESE 3. Entrega de información errada a la comunidad y entidades de vigilancia y control. 4. Investigaciones de entidades de vigilancia y control.	1. Informes de seguimiento periódicos a Plan de Desarrollo a través de Planes Operativos Anuales. 2. Informes de seguimiento periódicos a Plan de Mejoramiento PAMEC 3. Informes del equipo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 4. Informes de auditoría de Control Interno	1	1	1	1. Soportar los informes de ejecución de planes institucionales en fuentes oficiales avaladas por los responsables de la generación.	Oficina Asesora de Planeación (POA y Plan de Gestión) Suministros (Plan Adquisiciones)	Permanente	Permanente	Certificaciones de resultados de ejecución de las actividades de planes institucionales.  <b>Indicador cualitativo</b> de cumplimiento, se determina en verificación documental la ejecución o no de la acción.
								2. Adelantar los procesos de auditoría a la gestión sobre Planes Institucionales, según plan anual de auditorías	Oficina de Control Interno	Según PAA	Según PAA	Informes de auditoría de control interno.  <b>Indicador cuantitativo</b> (Número de auditorías realizadas a planes / Total de auditorías programadas a planes)*100
	1. Intereses particulares de beneficio propio o de afectar al auditado. 2. Falta de ética profesional.	12 Posibilidad de omitir o modificar información, se limite el alcance de la auditoría, o se oculte información en busca de un beneficio particular propio o de terceros.	1. Obstrucción a los procesos de mejoramiento continuo. 2. Informes de auditoría ineficientes. 3. Afectación en la toma de decisiones con fundamento en informes errados de auditoría.	1. Los procesos de auditoría se adelantan en compañía del auditado y cierran con acta suscrita por auditado y auditor. 2. Los informes de auditoría son presentados al equipo directivo y asesor.	1	1	1	Reducir el Riesgo 1. Ejecutar las auditorías cumpliendo lo establecido los procedimientos correspondientes. Todas las auditorías deben contar con acta suscrita por auditado y auditor.	Oficina de Control Interno Grupo Auditoría para el mejoramiento de la calidad.	Permanente	Permanente	Documentos del proceso de auditoría, actas e informes de auditoría.  <b>Indicador cualitativo</b> de cumplimiento, se determina en verificación documental la ejecución o no de la acción.

### MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Alineado a la Política de Administración de Riesgos de Corrupción, aprobada mediante Resolución 246 del 27 de Junio de 2014

VERSIÓN 2.0

Aprobados mediante:  
Comité Coordinador Interno, Acta 26 de Febrero de 2015  
Resolución No. 0074 del 26 de Febrero de 2015  
(Anterior: Versión1 Resolución No. 0294 del 30 de Julio de 2014)

PROCESO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	EFECTOS	CONTROLES EXISTENTES	VALORACIÓN			ACCIONES DE CONTROL PLANTEADAS	LÍDER O RESPONSABLE DE LAS ACCIONES PLANTEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					OCURRENCIA	EFFECTIVIDAD CONTROL	ÍNDICE PRIORIDAD RIESGO IPR					
Gerencia Financiera	1. Gastos autorizados verbalmente. 2. Gastos sin soportes oficiales. 3. Inexistencia de procedimientos estandarizados para el manejo de recursos de caja menor.	13 Inclusión de gastos no autorizados de caja menor no soportados en la misión institucional y el cumplimiento de los procesos.	1. Destinación inadecuado de los recursos de caja menor 2. Sanciones para el ordenador del gasto 3. Agotamiento de los fondos de caja menor	1. Auditorías de control interno a caja menor.	1	2	2	Reducir el Riesgo 1. Mantener las auditorías realizadas desde la Oficina de Control Interno al manejo de caja menor. 2. Formular y <b>ejecutar</b> el procedimiento específico de Gastos por caja menor y oficializarlo para su ejecución dentro del Proceso de Gerencia Financiera. Formular: Agosto - Septiembre 2014 Ejecutar: Permanente	Jefe Oficina de Control Interno	Según PAA	Según PAA	Informes de auditoría de control interno.  <b>Indicador cuantitativo</b> (Número de auditorías realizadas a caja menor / Total de auditorías programadas a caja menor)*100
	1. Interés de servidores públicos en beneficios particulares. 2. Inversiones con la posibilidad de obtener una mayor rentabilidad. 3. Desconocimiento de la normatividad en materia de inversiones de dineros públicos	14 Colocación de recursos públicos en inversiones con entidades de dudosa solidez, a cambio de beneficios indebidos para servidores públicos encargados de su administración.	1. Detrimiento del Patrimonio público. 2. Afectación en la disponibilidad de recursos afectando la continuidad en la prestación de los servicios de salud. 3. Insostenibilidad de la empresa.	1. Auditorías al sistema de Control Interno contable. 2. Autorización de inversiones sometidas a aprobación de la junta directiva de la entidad.	1	1	1	Reducir el Riesgo 1. Presentar y someter a autorización de Junta Directiva los presupuestos de Ingresos y Gastos de la entidad para cada anualidad, así como las autorizaciones especiales de inversiones.	Subgerente Financiero y Comercial. Contador. Técnico dueño del proceso.	Anual / Permanente	Anual / Permanente	Acuerdos ya actas de junta directiva, relacionados con aprobación de presupuesto y/o realización de inversiones.  <b>Indicador cualitativo</b> de cumplimiento, se determina en verificación documental la ejecución o no de la acción.
	1. Información manipulada 2. Conciliaciones no frecuentes e incompletas.	15 Estados financieros inconsistentes por manipulación: Información financiera, contable, presupuestal y de bienes con diferencias.	1. Pérdida de recursos y/o bienes 2. Hallazgos de auditoría de los entes de Control 3. Toma de decisiones incorrectas sobre una base de información inconsistente	1. Auditorías al sistema de Control Interno contable. 2. Dictamen del revisor fiscal	1	2	2	Reducir el Riesgo 1. Adelantar los procesos de conciliación periódica de la información contable y de almacén de la entidad.	Contador Almacenerista General Jefe de Comunicaciones y Sistemas (Soporte SIOS)	Cada vigencia	Cada vigencia	Actas de trabajo en procesos de conciliación de información, registro en el sistema de información SIOS.  <b>Indicador cualitativo</b> de cumplimiento, se determina en verificación documental la ejecución o no de la acción.
Disciplinario	1. Intención dolosa del funcionario para obtener el vencimiento del término y prescripción de la acción en pro de un beneficio. 2. Desconocimiento de la ley, mediante interpretaciones subjetivas de las normas vigentes para evitar o postergar su aplicación. 3. Soborno (Cohecho).	16 Dilatar los procesos con el propósito de obtener la prescripción o caducidad del mismo.	1. Vulneración de derechos 2. Pérdida de la posibilidad de corregir o sancionar por posible incumplimiento a deberes, extralimitación de funciones o incursión en los regímenes de prohibiciones, inhabilidades, incompatibilidades y conflicto de intereses	Actualmente no existen controles tendientes a reducir el riesgo planteado.	1	3	3	Reducir el Riesgo 1. Diseñar y aplicar una herramienta que permita llevar un control a los términos procesales. Diseño: Agosto 2014 Aplicación: Permanente	Secretaría General con funciones de Control Interno Disciplinario	Permanente	Permanente	Expedientes de procesos.  <b>Indicador cuantitativo</b> (Número de procesos con prescripción o caducidad / Total de procesos iniciados)*100

### MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Alineado a la Política de Administración de Riesgos de Corrupción, aprobada mediante Resolución 246 del 27 de Junio de 2014

**VERSIÓN 2.0**

Aprobados mediante:  
Comité Coordinador Interno, Acta 26 de Febrero de 2015  
Resolución No. 0074 del 26 de Febrero de 2015  
(Anterior: Versión1 Resolución No. 0294 del 30 de Julio de 2014)

PROCESO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	EFECTOS	CONTROLES EXISTENTES	VALORACIÓN			ACCIONES DE CONTROL PLANTEADAS	LÍDER O RESPONSABLE DE LAS ACCIONES PLANTEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					OCURRENCIA	EFFECTIVIDAD CONTROL	ÍNDICE PRIORIDAD RIESGO IPR					
Control Interno Dis	1. Intención dolosa del funcionario para encaminar un fallo o sanción desconociendo la ley y ocasionando una subjetiva apreciación de la norma en pro de un beneficio propio o de un tercero. 2. Desconocimiento de la ley, mediante interpretaciones subjetivas de las normas vigentes para evitar o postergar su aplicación. 3. Soborno (Cohecho).	17 Emitir fallos amañados.	1. Impunidad en procesos o ausencia de sanciones. 2. Vulneración al derecho de defensa 3. Vulneración al debido proceso 4. Vulneración a principios constitucionales y legales en el procedimiento.	Actualmente no existen controles tendientes a reducir el riesgo planteado.	1	3	3	Reducir el Riesgo  1. Ejercer el control en segunda instancia, cuando se presente recursos de apelación	Segunda Instancia	Permanente / Cuando aplique	Permanente / Cuando aplique	Expedientes de procesos.  <b>Indicador cuantitativo</b> (Número de procesos con fallos amañados / Total de procesos recurridos)*100

La actualización incorpora la modificación al control del riesgo No. 6.

OCURRENCIA	VALORACIÓN
<b>Posible:</b> El evento puede ocurrir en algún momento	1
<b>Casi seguro:</b> Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	2

DETECCIÓN-EFFECTIVIDAD DEL CONTROL	VALORACIÓN
Control preventivo	1
Control correctivo	2
Sin controles	3

El presente Mapa de Riesgos de Corrupción actualizado fue presentado ante el Comité Coordinador de Control Interno, donde se aprobó de forma unánime según consta en acta y registro de asistencia del 26 de Febrero de 2015, con firmas en original. (Serie documental: Control Interno)

Proceso liderado por:

DIANA PATRICIA BOLAÑOS ORDOÑEZ  
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Aprobación previa concetación en Comité de Control Interno:

ANA BELEN ARTEAGA TORRES  
Gerente (E.)

*Documento con firmas en original*