

PROCESO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	EFFECTOS	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE CONTROL	LÍDER O RESPONSABLE DE LAS ACCIONES PLANTEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	ESTADO	SEGUIMIENTO A DICIEMBRE DE 2014
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. 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.	Cumplimiento	OFICINA ASESORA DE PLANEACION: Se encuentra que los proyectos institucionales formulados sobre los cuales se avanzó en la vigencia 2014, correspondientes a 1. Adquisición y operación de unidades móviles en salud, 2. Construcción y dotación del Centro de Salud San Vicente, 3. Ampliación, remodelación y dotación del Hospital Local Civil, se encuentran soportados en datos entregados a través de comunicaciones e informes oficiales reportados por diferentes áreas y dependencias. Las evidencias se pueden revisar en cada expediente de proyecto. La acción de control se conceptúa como cumplida para lo que aplica en la vigencia 2014. No se cuenta en esta oficina con soportes para lo correspondiente a planes, lo cual aplica en el primer mes de la vigencia 2015. Fuente: Comunicación 512-00146 Oficina Asesora de Planeación.  OFICINA ASESORA JURÍDICA: En lo concerniente a la Oficina Asesora Jurídica se ha tomado acciones que permitan la construcción de una información fidedigna, razonable y que en el caso de ser requerida sirvan de base para lograr planes y proyectos soportados en información y fuentes oficiales. Fuente: Comunicación 511-0743 Oficina Asesora Jurídica.
	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. 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	No aplica. Sin casos	OFICINA DE CONTROL INTERNO: Durante el periodo reportado no se eligió a la Oficina de Control Interno ninguna denuncia relacionada con chantaje, presión política o clientelismo. Fuente: 514-00512 Oficina de Control Interno.  DIRECCIONES OPERATIVAS DE RED: . Informamos que no hemos recibido denuncias o informes oficiales relacionados con chantaje, presión política o clientelismo. Caso contrario se pondría en conocimiento a Gerencia, Control Interno o entes Fuente: Comunicación SN 16 Enero 2015 donorte@pastosaludese.gov.co . Directores Operativos de Red.
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. 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.	Cumplimiento	OFICINA DE COMUNICACIONES Y SISTEMAS: En la página web www.pastosaludese.gov.co Mentú: Trámites y servicios se encuentra publicada la opción: Citas por consulta externa donde se informa sobre los pasos a seguir, requisitos y recomendaciones respecto a las solicitudes. Fuente: Comunicación 513-433 Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.  DIRECCIONES OPERATIVAS DE RED: La información de asignación de citas en las IPS de Pasto Salud se informa a la comunidad en general en carteleras, a través de las oficinas de atención al usuario, en las reuniones de asociaciones de usuarios y esta publicada página web, los procedimientos y requisitos para la solicitud de citas en los servicios de salud. Fuente: Comunicación SN 16 Enero 2015 donorte@pastosaludese.gov.co . Directores Operativos de Red.

PROCESO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	EFFECTOS	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE CONTROL	LÍDER O RESPONSABLE DE LAS ACCIONES PLANTEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	ESTADO	SEGUIMIENTO A DICIEMBRE DE 2014
Atención a	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. 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)	Cumplimiento	DIRECCIONES OPERATIVAS DE RED: En las reuniones con Asociaciones de Usuarios se orienta sobre los servicios que presta Pasto Salud y que no requieren ningún pago por parte de los Usuarios en los servicios de salud. De igual manera se informa a la comunidad cómo proceder para informar o denunciar el cobro de los servicios ante los directores operativos de red o a la Gerencia de Pasto Salud. Fuente: Comunicación SN 16 Enero 2015 donorte@pastosaludese.gov.co . <u>Se recomienda documentar el proceso de información con usuarios, a través de actas.</u>
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. 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.	Cumplimiento	DIRECCIONES OPERATIVAS DE RED: A través de las matricez de seguimiento se monitoriza la atención de usuarios en programas y se realiza el seguimiento a la atención, y no se tiene conocimiento de usuarios que hayan sido atendidos en IPSs diferentes a Pasto Salud que sean de nuestra responsabilidad. Los casos puntuales obedecen a problemas de contratación o bases de datos los cuales se atienden una vez se soluciona la dificultad y no obedecen a negligencia. Fuente: Comunicación SN 16 Enero 2015 donorte@pastosaludese.gov.co . Directores Operativos de Red.
	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 auditorias 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. Aplicar un monitoreo o auditoría de pertinencia sobre una muestra de historias clínicas diligenciadas por contingencias a mano. (Pertinencia confirma la consistencia de la información del proceso de atención)	Direcciones Operativas de Red Grupo de Auditoría para el mejoramiento de la calidad.	Según PAA	Según PAA	Informe de ejecución de la actividad, actas de trabajo, informes de auditoría.  <b>Indicador cualitativo</b> de cumplimiento, se determina en verificación documental la ejecución o no de la acción.	Avanzar en 2015	AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: Según el grupo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se informa que la acción de control planteada dentro del mapa de riesgos de corrupción no se encuentra dentro del Plan Anual de Auditorias de la empresa, por lo cual no aplica. Fuente: Comunicación y anexos NI 181. Auditoría de Cuentas.  DIRECCIONES OPERATIVAS DE RED: Las evidencias de pérdida de documentos e historias clínicas se han tramitado de manera inmediata frente a instancias pertinentes. Existen documentos que soportan el movimiento de historias y documentos en Pasto Salud. Fuente: Comunicación SN 16 Enero 2015 donorte@pastosaludese.gov.co . Directores Operativos de Red.
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. 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	Cumplimiento	En el sistema de información se encuentran registrados 376 usuarios como activos cada uno con su clave de acceso y perfiles de permisos que ingresaron al sistema de información en el año 2014 de un total de 4546 usuarios donde la diferencia de 4170 no han ingresado al sistema por no estar activos. (Anexan relación de usuarios del sistema de información). Fuente: Comunicación 513-433 Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas.

PROCESO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	EFFECTOS	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE CONTROL	LÍDER O RESPONSABLE DE LAS ACCIONES PLANTEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	ESTADO	SEGUIMIENTO A DICIEMBRE DE 2014
Gerencia de la	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. 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	Cumplimiento	Se adelantó socialización en los procedimientos liderados por Suministros según actas No. 013 y 014 de septiembre de 2014. Así mismo se indica que se realizó la socialización en la Oficina de Control Interno. Se informa de auditoría de cuentas la socialización interna de los procedimientos. Fuente: Comunicación 522.5-00373 Suministros. Comunicación 514-00512 Oficina de Control Interno. Comunicación y anexos NI 181. Auditoría de Cuentas. Se recomienda ampliar la ejecución de esta acción a todos los procedimientos de la empresa.
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. 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.	Cumplimiento	En la vigencia 2014 se cumple lo definido en los procedimientos de control de inventarios, soportando en el sistema de información y documentos correspondientes, lo siguiente: 247 salidas de activos fijos, 304 salidas de elementos de consumo de la sede administrativa, 549 traslados de elementos de consumo a los almacenistas auxiliares. Todos los elementos que salen de bodega central cuentan con su respectivo soporte legalizado. Se entregó inventario de bienes devolutivos al personal que labora el Pasto Salud ESE y se tienen como soporte las actas firmadas. Se registran en el sistema de información SIOS, la totalidad de traslados entre funcionarios reportados por los almacenistas auxiliares con las respectivas firmas. La acción de control se conceptúa como cumplida para lo que aplica en la vigencia 2014. Fuente: Comunicación 522.1-503 Almacen. Secretaría General.
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. 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	Cumplimiento	La medida de control se materializa a partir de la aplicación del Estatuto Interno de Contratación (Acuerdo No. 006 de Junio de 2014) y la formulación y aplicación del Manual Interno de Contratación que se adoptó mediante Resolución No. 0341 dl 2 de diciembre de 2014 en la cual en el numeral 19,3,1 del CAPITULO IX- denominado TRAMITE INTERNO DE CONVOCATORIA PÚBLICA, establece en el numeral 3 del trámite de la convocatoria pública: "Gestionar la presentación del proyecto de términos de condiciones de selección, al comité de Contratación" y en el numeral 4 "Aprobación de las condiciones de las condiciones de selección con constancia en acta del Comité de Contratación". En la vigencia 2014 se adelantaron 18 convocatorias con fase previa en comité de contratación, es decir el 100% y se soportan en actas de comité. Fuente: Comunicación 511-0743 Oficina Asesora Jurídica.
	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	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	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	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.	Cumplimiento	Los informes de ejecución para Planes Operativo Anuales y Plan anticorrupción y atención al ciudadano correspondientes al primer semestre de 2014 se consolidan con fundamento en certificaciones de resultados emitidas por los responsables, convirtiéndolas en soportes oficiales. El informe de ejecución correspondiente al año 2014, se realizará en Enero de 2015 con certificaciones de resultados por responsables. La acción de control se conceptúa como cumplida para lo que aplica en la vigencia 2014. Fuente: Comunicación 512-00146 Oficina Asesora de Planeación.

PROCESO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	EFFECTOS	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE CONTROL	LÍDER O RESPONSABLE DE LAS ACCIONES PLANTEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	ESTADO	SEGUIMIENTO A DICIEMBRE DE 2014
Mejoramiento continuo	2. Falta de ética profesional.	para mostrar una gestión diferente a la real	3. Errores en la comunicación y entidades de vigilancia y control. 4. Investigaciones de entidades de vigilancia y control.	3. Informes del equipo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 4. Informes de auditoría de Control Interno	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	Cumplimiento	Durante la vigencia 2014 se adelantaron 7 auditorías relacionadas con Planes Institucionales de la Empresa, de las cuales 1 auditoría fue al Plan de Mejoramiento frente al informe de la Contraloría Municipal, 2 auditorías al Plan de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno, 2 auditorías al cumplimiento de las auditorías de mejoramiento de la calidad, contenidas en el PAA vigencia 2014, y 4 auditorías fueron al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de Pasto Salud ESE. Fuente: Comunicación 514-00512 Oficina de Control Interno.
	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. 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.	Cumplimiento	CONTROL INTERNO: Durante la vigencia 2014 se adelantaron 23 auditorías las cuales cuentan con revisión de los informes preliminares por parte de los auditados o actas del desarrollo de las auditorías. Fuente: Comunicación 514-00512 Oficina de Control Interno.  AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: Se realizó seguimiento al PAMEC 2014 con código SGPAMEC -01-14 y auditoría de adherencia y calidad de registros clínicos con código PHC-01-13 y PHC-01-14, soportadas con el programa de auditoría, acta de reunión de apertura, acta de reunión de resultados de auditoría, informe de resultados de auditoría. Fuente: Comunicación y anexos NI 181. Auditoría de Cuentas.
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. 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	Cumplimiento	Durante la vigencia 2014 y conforme a lo establecido en el Plan Anual de auditorías e programó la ejecución de 2 auditorías a cada una de las cajas menores de la empresa (5 Total), y la oficina de control interno efectivamente realizó las 10 auditorías programadas. Fuente: Comunicación 514-00512 Oficina de Control Interno
						Subgerente Financiero y Comercial. Contador. Técnico dueño del proceso.	Permanente	Permanente	Procedimiento formulado y aprobado. Informes de seguimiento o ejecución del proceso, o seguimiento a través de indicadores.  <b>Indicador cualitativo</b> de cumplimiento, se determina en verificación documental la ejecución o no de la acción.	Avanzar en 2015	Sin ejecución en la vigencia 2014
	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. 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	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.	Cumplimiento	El Presupuesto de Ingresos y gastos de la vigencia 2015, fue aprobado mediante resolución 2497 del 20 de octubre del 2014 por el Confis y mediante acuerdo No 12 del 13 noviembre del 2014 se realizó por parte de la junta directiva de la Empresa Social del estado Pasto Salud ESE la desagregación presupuestal para el 2015. Fuente: Comunicación 541.5-00476. Subgerencia Financiera y Comercial (E)

PROCESO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	EFFECTOS	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE CONTROL	LÍDER O RESPONSABLE DE LAS ACCIONES PLANTEADAS	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	ESTADO	SEGUIMIENTO A DICIEMBRE DE 2014
	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. Adelantar los procesos de conciliación periódica de la información contable y de almacén de la entidad.	Contador Almacenista 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.	Cumplimiento	Mensualmente se han realizado conciliaciones de: Elementos de consumo (12 actas), elementos de consumo controlado (12 actas), bienes inmuebles (4 actas), elementos devolutivos (20 actas). La acción de control se conceptúa como cumplida para lo que aplica en la vigencia 2014. Fuente: Comunicación 522.1-503 Almacen. Secretaría General.
Control Interno Disciplinario	1. Intención dolosa del funcionario para obtener el vencimiento del termino 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. 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	Cumplimiento	Se diseñó en formato Excel una matriz denominada "Control Procesos" que se alimenta con cada una de las actuaciones que se adelantan en los expedientes disciplinarios, la cual es verificada a diario por la Profesional Universitaria de la dependencia. Fuente: Comunicación 523-00406 Control Interno Disciplinario.
	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. 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	Cumplimiento	Durante la vigencia 2014, se suscribieron 2 fallos condenatorios, que fueron recurridos dentro de los términos legales, y han sido conocidos por la segunda instancia, sin que haya existido observación o novedad alguna por parte de es instancia respecto al contenido y alcance de los fallos. Fuente: Comunicación 523-00406 Control Interno Disciplinario.

ACCIONES DE CONTROL PROGRAMADAS 19

ACCIONES DE CONTROL NO APLICAN 1

ACCIONES DE CONTROL CON CUMPLIMIENTO 16

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 89%**

Informe Consolidado por:

DIANA PATRICIA BOLAÑOS ORDOÑEZ  
Jefe Oficina Asesora de Planeación