



**HOSPITAL SAN ANDRES ESE**  
**MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION**  
 METODOLOGIA SEGÚN GUÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN

**VIGENCIA**  
**2019**

**Fecha de Aprobación:** Enero 21 de 2019 | El presente mapa de riesgos busca reducir o eliminar la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción que afecten el plan de metas enfocadas a la continuidad en la prestación del servicio. Teniendo en cuenta que el proceso de control a los riesgos es continuo y busca priorizar los riesgos, hasta poder establecer la minimización del mismo y sus consecuencias.

PROCESO GENERAL	OBJETIVO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION								
		CAUSAS	No.	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE				CONTROLES	RIESGO RESIDUAL (Se mantiene en 2018 hasta controlar los procesos)			
						PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA RIESGO		PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA RIESGO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION	Direccionar y diseñar la planeación estratégica del Hospital San Andrés ESE para el periodo de intervención, en coherencia la misión, sostenibilidad y continuidad dentro de la red de prestadores de servicios de salud públicos del departamento de Nariño.	1. Favorecimiento de intereses particulares. 2. Influencias de carácter político	R1	Concentración de autoridad o exceso de poder	1. Extrapolación de funciones 2. Decisiones no ajustadas a favorecer la misión y continuidad del Hospital 3. Desarticulación de las diferentes áreas al interior del Hospital.	3	10	30	Alta	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	3	10	30	Alta
		1. Inexistencia de escenarios y mecanismos pertinentes para trabajo en equipo y despliegue de información institucional. 2. Bajos niveles de respeto o desconocimiento de los conductos regulares de comunicación. 3. Percepción de autoritarismo hacia los directivos de la organización.	R2	Ausencia de canales de comunicación o espacios de planeación compartida	1. Desconocimiento institucional de las metas y propósitos de la organización. 2. Planes de trabajo desarticulados 3. Resultados institucionales no apropiados o favorables. 4. Incumplimiento de metas 5. Deficiente calificación del desempeño en la gestión gerencial o del Agente Especial Interventor.	3	10	30	Alta	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	3	10	30	Alta
PROCESOS MISIONALES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Garantizar la prestación de servicios de salud de mediana complejidad en cumplimiento de estándares técnico científicos y de seguridad clínica.	1. No cumplimiento de estándares de calidad que garanticen la minimización de los riesgos durante la prestación de servicios en salud.	R3	Prestación del servicio sin calidad.	1. Sanciones y/o cierre de servicios de salud 2. Afectación al estado de salud y a la vida de los pacientes. 3. Demandas y pérdidas económicas.	4	20	80	Extrema	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	4	20	80	Extrema
			R4	Trato preferencial en asignación de citas medicas o en atención de urgencias.	1. Quejas e insatisfacción de los usuarios 2. Pérdida de credibilidad institucional 3. Imposibilidad de fidelización de los usuarios con el Hospital	3	10	30	Alta	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	3	10	30	Alta
		1. Falta de Controles 2. Comportamiento deshonesto de funcionarios a cargo del servicio con acceso a medicamentos e insumos.	R5	Fuga de medicamentos e insumos	1. Pérdidas económicas 2. Afectación al equilibrio financiero institucional. 3. Fallas en los procedimientos de control de inventarios. 4. Afectación a la salud y vida de los pacientes por falta de medicamentos e insumos hurtados.	4	20	80	Extrema	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	4	20	80	Extrema

**Fecha de Aprobación:** Enero 21 de 2019  
El presente mapa de riesgos busca reducir o eliminar la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción que afecten el plan de metas enfocadas a la continuidad en la prestación del servicio. Teniendo en cuenta que el proceso de control a los riesgos es continuo y busca priorizar los riesgos, hasta poder establecer la minimización del mismo y sus consecuencias

IDENTIFICACION DEL RIESGO**			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL				MONITOREO Y REVISION			
PROCESO GENERAL	No.	RIESGO	PERIODO DE EJECUCION		ACCIONES	REGISTRO	FECHA	ACCIONES	EQUIPO DE TRABAJO PARA REVISIÓN	SOPORTES DE VERIFICACION
			INICIO	FIN						
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION	R1	Concentración de autoridad o exceso de poder	Enero	Diciembre	1. Continuar con las jornadas participativas de formulación del direccionamiento estratégico y planeación organizacional, con la finalidad de articular las metas y generar compromiso a todos los niveles.	Registros de asistencia y/o Actas	Julio, con corte al primer semestre de 2019	Verificar la participación del personal líderes de diferentes procesos, en las jornadas de direccionamiento y planeación.	Agente Especial Interventor Asesor Planeación	Informe de monitoreo y revisión consolidado
	R2	Ausencia de canales de comunicación o espacios de planeación compartida	Enero	Diciembre	2. Organizar mecanismos de participación a través de la representación de líderes de unidades funcionales, quienes actuarán de manera directa con la alta dirección y serán conducto regular de comunicación. (Además de los Jefe de Áreas o Directivos)	Acta de líderes de unidades funcionales Planes participativos con líderes de unidades funcionales.	Julio, con corte al primer semestre de 2019	Verificar la organización participativa a través de líderes de unidades funcionales y jefes de áreas.	Agente Especial Interventor Asesor Planeación	Informe de monitoreo y revisión consolidado
PROCESOS MISIONALES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	R3	Prestación del servicio con potenciales riesgos que deriven en incidentes y eventos adversos	Enero	Diciembre	3. Realizar la autoevaluación de habilitación de los servicios de salud. (Febrero de 2019) 4. Actualizar y/o reformular un plan de mejora específico para habilitación, con base en los hallazgos que no se cumplieron en la vigencia 2018. (Febrero a Diciembre 2019). 5. Realizar la autoevaluación de requisitos de acreditación versión 3.1 (Junio de 2019). 6. Seguimiento al cumplimiento de la política de seguridad del paciente de la entidad	Documento Autoevaluación diligenciado Plan de mejoramiento de habilitación Documento Autoevaluación diligenciado de acreditación Informe semestral de seguimiento a política de seguridad del paciente.	Julio, con corte al primer semestre de 2019	Verificar la realización de la autoevaluación y la ejecución del plan de mejora formulado.	Asesor Planeación Subgerencia Científica Líderes Unidades Funcionales	Informe de monitoreo y revisión consolidado
	R5	Fuga de medicamentos e insumos	Junio	Diciembre	6. Monitorear el correcto funcionamiento del modulo de inventarios y reportar a soporte técnico los ajustes requeridos. (Enero a Junio)	Reportes de seguimiento	Julio, con corte al primer semestre de 2018	Revisar reportes o mecanismos de seguimiento a inventario de medicamentos e insumos. Revisar informes de avance del sistema de información	Asesor Planeación Asesor Jurídico Líder Unidad Funcional Apoyo Terapéutico Proveedores del Sistema de Información	Informe de monitoreo y revisión consolidado

<b>Fecha de Aprobación:</b>	Enero 21 de 2019	El presente mapa de riesgos busca reducir o eliminar la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción que afecten el plan de metas enfocadas la continuidad en la prestación del servicio. Teniendo en cuenta que el proceso de control a los riesgos es continuo y busca priorizar los riesgos, hasta poder establecer la minimización del mismo y sus consecuencias
-----------------------------	------------------	---

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION								
PROCESO GENERAL	OBJETIVO	CAUSAS	No.	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE				CONTROLES	RIESGO RESIDUAL <small>(Se mantiene en 2018 hasta controlar los procesos)</small>			
						PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA RIESGO		PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA RIESGO
ADMINISTRACION FINANCIERA	Gestionar, administrar y proporcionar adecuadamente los recursos financieros que faciliten el desarrollo de los procesos del Hospital San Andrés ESE, con enfoque de equilibrio presupuestal y seguridad de la información.	1. Presiones Indevidas 2. Interés de favorecimientos personales	R6	Apropiación o uso indebido de los bienes o recursos del Hospital	1. Déficit financiero y presupuestal del Hospital 2. Insostenibilidad del funcionamiento de los procesos y servicios del Hospital. 3. Desvío de recursos 4. Deficiente ejecución del presupuesto 5. Detrimento patrimonial	3	20	60	Extrema	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	3	20	60	Extrema
		1. Omisión en el cumplimiento de las obligaciones del personal a cargo de información que afecta el sistema contable del Hospital. 2. Pérdida del control de la información y documentos que consolidan las finanzas del Hospital. 3. Debilidades en tecnologías de la información como aplicativos y usuarios del sistema. 4. Acciones tardías de las entidades de	R7	Estados financieros no razonables o inexistentes	1. Imposibilidad de conocer el estado financiero real del Hospital. 2. Sanciones y procesos en contra del Hospital por faltar a las disposiciones normativas financieras y de salud. 3. Falla en la toma de decisiones 4. Incumplimiento en informes a entidades de vigilancia y control.	5	20	100	Extrema	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	5	20	100	Extrema
		1. Facturación por prestación de servicios de salud no radicada. 2. Bajos niveles o nulo seguimiento a las facturas radicadas para cobro.	R8	Pérdida de recursos financieros por falta de gestión de cobro	1. Pérdida de ingresos por venta de servicios de salud. 2. Afectación a la ejecución presupuestal y al equilibrio con reconocimiento y recaudo. 3. Insostenibilidad del funcionamiento de los procesos y servicios del Hospital. 4. Detrimento patrimonial	5	20	100	Extrema	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	5	20	100	Extrema
		1. Inadecuados procesos de gestión de glosas. 2. Falta de control o pérdida de la información y documentación requerida para respuestas. 3. Bajos niveles o nulo seguimiento a las glosas	R9	Pérdida de recursos por falta de análisis y gestión de glosas.	1. Pérdida de ingresos por venta de servicios de salud, después de la gestión de glosas. 2. Afectación a la ejecución presupuestal y al equilibrio con reconocimiento y recaudo. 3. Insostenibilidad del	5	20	100	Extrema	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	5	20	100	Extrema
GESTION CONTRACTUAL	Desarrollar, acompañar y asesorar bajo normas aplicables, los procesos contratación en las fases precontractual, contractual y postcontractual, requeridos para obtener los bienes y/o servicios que el Hospital San Andrés ESE necesita en el cumplimiento de su misión.	1. Desconocimiento normativo 2. Favorecimiento de terceros 3. Intereses particulares 4. Debilidad de los controles y seguimiento a cada proceso contractual	R10	Contratación sin cumplimiento de requisitos legales	1. Sanciones de carácter disciplinario, fiscal y penal. 2. No cumplimiento o satisfacción de las necesidades del Hospital a través de la contratación. 3. Pérdidas económicas y detrimento patrimonial para el Hospital.	3	10	30	Alta	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	3	10	30	Alta



HOSPITAL  
**SAN ANDRES E.S.E.**  
EN INTERVENCIÓN SUPERSALUD  
NIT 800 179 879-2  
Tumaco - Nariflo

**HOSPITAL SAN ANDRES ESE**  
**MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION**  
METODOLOGIA SEGÚN GUÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN

**VIGENCIA**  
**2019**

Fecha de Aprobación:		Enero 21 de 2019		El presente mapa de riesgos busca reducir o eliminar la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción que afecten el plan de metas enfocadas la continuidad en la prestación del servicio. Teniendo en cuenta que el proceso de control a los riesgos es continuó y busca priorizar los riesgos, hasta poder establecer la minimización del mismo y sus consecuencias						
IDENTIFICACION DEL RIESGO**			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL				MONITOREO Y REVISION			
PROCESO GENERAL	No.	RIESGO	PERIODO DE EJECUCION		ACCIONES	REGISTRO	FECHA	ACCIONES	EQUIPO DE TRABAJO PARA REVISIÓN	SOPORTES DE VERIFICACION
			INICIO	FIN						
ADMINISTRACION FINANCIERA	R6	Apropiación o uso indebido de los bienes o recursos del Hospital	Enero	Diciembre	7. Actualizar los inventarios del Hospital y legalizar su asignación como medio de control y salvaguarda de los bienes. (Permanente)	Registros de asistencia y/o Actas  Inventario y actas de entrega formalizadas	Julio, con corte al primer semestre de 2019	Revisar el desarrollo de las jornadas de orientación en temas éticos al personal del Hospital.  Verificar el procedimiento de actualización de inventario y formalización de entrega de elementos.	Asesor Planeación Asesor Jurídico Subgerente Administrativo y Financiero	Informe de monitoreo y revisión consolidado
	R7	Estados financieros no razonables o inexistentes	Enero	Diciembre	8. Continuar la depuración de los estados financieros del Hospital San Andrés ESE, enfocados a la organización de la información que mantenga la existencia de los mismos. Reportar mensualmente a la Supersalud.  9. Revisar permanentemente el correcto funcionamiento de los módulos financieros - contables y reportar a soporte técnico los ajustes requeridos. (Enero a diciembre)	Certificación de avance en la depuración de estados financieros y reporte a Supersalud  Actas de mejora en la implementación del sistema de información.	Julio, con corte al primer semestre de 2019	Verificación del reporte de avances en estados financieros a la Supersalud.  Revisar informes de avance del sistema de información	Asesor Planeación Contabilidad Proveedor Sistema de Información	Informe de monitoreo y revisión consolidado
	R8	Pérdida de recursos financieros por falta de gestión de cobro	Junio	Diciembre	10. Continuar con los mecanismos de control mensual de la facturación, radicación oportuna y facturación extemporánea, soportados en registros confiables, que deberán ingresarse en el sistema de información. Reportar resultados a la Supersalud. (Mensual mientras dure la intervención).  11. Mantener el equipo de trabajo y definir procesos, orientados al área de facturación, cartera, auditoría de cuentas.  12. Continuar con la gestión de cobro en las diferentes EPS según informe de cartera actualizado y depurado.	Certificación de facturación y reporte a Supersalud  Personal y procedimientos de cartera	Julio, con corte al primer semestre de 2019	Verificación del reporte de avances en facturación a la Supersalud.  Revisar informes de facturación donde se evidencie lo correspondiente a SOAT  Verificar avances en la designación de personal de cartera.	Asesor Planeación Facturación Finanzas	Informe de monitoreo y revisión consolidado
	R9	Pérdida de recursos por falta de análisis y gestión de glosas.	Junio	Diciembre	13. Continuar con los mecanismos de control mensual de la gestión de glosas soportados en registros confiables. Reportar resultados a la Supersalud. (Mensual mientras dure la intervención).  14. Continuar con la gestión de glosas y suscripción de actas de conciliación con EPS. (Permanente mientras dure la intervención).	Certificación de facturación y reporte a Supersalud  Actas de conciliación de glosas	Julio, con corte al primer semestre de 2019	Verificación del reporte de avances en gestión de glosas a la Supersalud.  Revisar informes y actas de conciliación con EPS	Asesor Planeación Auditor de Cuentas Médicas	Informe de monitoreo y revisión consolidado
GESTION CONTRACTUAL	R10	Contratación sin cumplimiento de requisitos legales	Agosto	Diciembre	15. Continuar con comités de contratación y dejar constancia en actas del cumplimiento de procedimientos según el Estatuto de Contratación del Hospital San Andrés ESE, para los procesos en que aplique. (Permanente mientras dure la intervención).	Acta o acto administrativo de formalización del Comité de Contratación, y actas de procesos contractuales.	Julio, con corte al primer semestre de 2019.	Verificar formalización del comité de contratación.  Al azar, verificar la participación del comité de contratación dentro de los procesos con constancia en actas debidamente firmadas.	Asesor Planeación Asesor Contratación	Informe de monitoreo y revisión consolidado



**Fecha de Aprobación:** Enero 21 de 2019  
El presente mapa de riesgos busca reducir o eliminar la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción que afecten el plan de metas enfocadas a la continuidad en la prestación del servicio. Teniendo en cuenta que el proceso de control a los riesgos es continuo y busca priorizar los riesgos, hasta poder establecer la minimización del mismo y sus consecuencias

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN								
PROCESO GENERAL	OBJETIVO	CAUSAS	No.	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO INHERENTE				CONTROLES	RIESGO RESIDUAL <small>(Se mantiene en 2018 hasta controlar los procesos)</small>			
						PROBABI LIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA RIESGO		PROBABI LIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA RIESGO
<b>GESTION DE RECURSOS FISICOS</b>	Gestionar los recursos físicos y servicios generales mediante la administración, mantenimiento, control y salvaguarda de la infraestructura, equipos y dotación necesarios para garantizar la continuidad de la operación del Hospital San Andrés ESE	1. Fallas en los sistemas de vigilancia o de seguridad. 2. Desorganización o descuido por parte de los funcionarios encargados de almacenar los bienes en la bodega o en las dependencias. 3. Deshonestidad en funcionarios o personal a cargo de bienes y elementos del Hospital.	R11	Hurto de los bienes durante su uso, almacenamiento o suministro.	1. Afectación al normal desarrollo de las actividades y proceso del Hospital 2. Disminución en el patrimonio institucional, afectado los estados financieros 3. Procesos sancionatorios e investigaciones en contra del personal responsable de la custodia. 4. Incremento en las inversiones o	4	20	80	Extrema	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	4	20	80	Extrema
<b>GESTION DE LA INFORMACION</b>	Garantizar la asesoría, soporte y apoyo técnico, administrativo y de gestión necesarios para la generación de información confiable y oportuna, con enfoque de cumplimiento de las obligaciones del Hospital San Andrés ESE, el desarrollo del conocimiento interno y el respaldo para la toma de decisiones.	1. Desconocimiento en el funcionamiento y uso adecuado de los sistemas de información o aplicativos del Hospital. 2. Aplicativos o sistemas de información no parametrizados a las necesidades del Hospital. 3. Inexistencia de continuidad en el soporte técnico. 4. Descuido y desinterés de los usuarios del sistema de información. 5. Intereses particulares y/o mala intención en el uso del aplicativo o sistema de información.	R12	Manipulación o adulteración de los sistemas de información	1. Imposibilidad de tomar decisiones con fundamento en información veraz del Hospital 2. Ineficiencia en los procesos asistenciales y administrativos. 3. Pérdida de tiempo y recursos por reprocesos. 4. Pérdida de información asistencial, administrativa y financiera 5. Entrega de información inconsistente a entidades de vigilancia y control 6. Pérdida de la imagen y credibilidad de	5	20	100	Extrema	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	5	20	100	Extrema
<b>CONTROL Y EVALUACION</b>	Establecer mecanismos de medición, evaluación y verificación, que permitan la valoración permanente de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y desarrollo del Hospital San Andrés ESE, obteniendo información para la toma de acciones que mejoren el desempeño institucional	1. Favorecimiento e intereses particulares. 2. Manipular información relacionada con el cumplimiento de las disposiciones legales.	R13	Omisión intencional de posibles actos de corrupción o irregularidades administrativas, en los informes de control interno	1. Pérdida, daño, perjuicio, o detrimento patrimonial para la entidad. 2. Afectación del buen nombre y reconocimiento de la entidad. 3. Sanciones y procesos disciplinarios, fiscales y penales.	3	10	30	Alta	No se identifica, en el último año la existencia de controles documentados e implementados.	3	10	30	Alta

**EQUIPO DE TRABAJO:**

Continúan firmas en siguiente página.

NOMBRE	CARGO O ROL	FIRMA	APROBADO POR:
GLORIA DE JESUS MAYA BOLAÑOS	LIDER SIAU		BERNARDO OCAMPO MARTINEZ Agente Especial Interventor
CRISTHIAN LOPEZ CONTRERAS	ABOGADO - OFICINA JURÍDICA		
MARCELA PAREDES CORAL	ABOGADA - OFICINA JURÍDICA		
GLORIA BENAVIDES ORTIZ	SUBGERENCIA CIENTIFICA (LIDER ASISTENCIAL)		
CARLOS ANDRES RIASCOS BUCHELI	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO		
CATHERINE DE HARO PIEDRA	ASESORA PLANEACION		
JULIETA CERON RUBIO	LIDER SISTEMA DE LA INFORMACION		

\* Los líderes de áreas se encargarán de desplegar las acciones específicas a ejecutar, según competencia y responsabilidad.



HOSPITAL  
**SAN ANDRÉS E.S.E.**  
EN INTERVENCIÓN SUPERSALUD  
NIT 800 179 870-2  
Tumaco - Nariflo

**HOSPITAL SAN ANDRÉS ESE**  
**MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN**  
METODOLOGÍA SEGÚN GUÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN

**VIGENCIA**  
**2019**

Fecha de Aprobación:		Enero 21 de 2019	El presente mapa de riesgos busca reducir o eliminar la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción que afecten el plan de metas enfocadas a la continuidad en la prestación del servicio. Teniendo en cuenta que el proceso de control a los riesgos es continuo y busca priorizar los riesgos, hasta poder establecer la minimización del mismo y sus consecuencias							
IDENTIFICACION DEL RIESGO**			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL				MONITOREO Y REVISION			
PROCESO GENERAL	No.	RIESGO	PERIODO DE EJECUCION		ACCIONES	REGISTRO	FECHA	ACCIONES	EQUIPO DE TRABAJO PARA REVISIÓN	SOPORTES DE VERIFICACION
			INICIO	FIN						
GESTION DE RECURSOS FISICOS	R11	Hurto de los bienes durante su uso, almacenamiento o suministro.	Junio	Diciembre	16. Actualizar los inventarios del Hospital y legalizar su asignación como medio de control y salvaguarda de los bienes. (Permanente)	Registros de asistencia y/o Actas	Julio, con corte al primer semestre de 2019	Revisar el desarrollo de las jornadas de orientación en temas éticos al personal del Hospital.	Asesor Planeación Asesor Jurídico Asesor Administrativo y Financiero Asesor Contratación	Informe de monitoreo y revisión consolidado
					17. Mantener la prestación del servicio de vigilancia externa, de conformidad con lo dispuesto por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada. (Permanente)	Inventario y actas de entrega formalizadas  Contrato y ejecución del servicio de vigilancia externo		Verificar las actas de inventario y formalización de entrega de elementos.  Verificación en expediente contractual de vigilancia externa.		
GESTION DE LA INFORMACION	R12	Manipulación o adulteración de los sistemas de información	Junio	Diciembre	18. Continuar con la validación del correcto funcionamiento del sistema de información en los diferentes módulos, solicitando apoyo técnico al proveedor para realizar los ajustes propios para asegurar la calidad en cada procedimiento. Incluir restricciones de usuarios por módulos y establecer responsabilidades.	Registros de asistencia y/o Actas	Julio, con corte al primer semestre de 2019	Verificación del reporte de avances del sistema de información y reporte mensual a la Supersalud.	Administrador del Sistema y Proveedor del Sistema de Información.	Informe de monitoreo y revisión consolidado
CONTROL Y EVALUACION	R13	Omisión intencional de posibles actos de corrupción o irregularidades administrativas, en los informes de control interno	Enero	Diciembre	19. Continuar con la socialización de los informes de control interno con participación de la alta dirección y líderes de las unidades funcionales, a fin de que la información sea compartida y confrontada con la situación real del Hospital.	Registros de asistencia y/o Actas	Julio, con corte al primer semestre de 2019	1. Verificar la participación del personal líderes de diferentes procesos, en las jornadas de presentación de los informes de control interno.	Agente Especial Interventor Asesor Planeación Jefe de Control Interno	Informe de monitoreo y revisión consolidado

**EQUIPO DE TRABAJO:**

NOMBRE	CARGO O ROL	FIRMA	APROBADO POR:
GLORIA DE JESUS MAYA BOLAÑOS	LIDER SIAU		BERNARDO OCAMPO MARTINEZ Agente Especial Interventor
CRISTHIAN LOPEZ	ABOGADO - OFICINA JURÍDICA		
MARCELA PAREDES CORAL	ABOGADA - OFICINA JURÍDICA		
GLORIA BENAVIDES ORTIZ	SUBGERENCIA CIENTIFICA (LIDER ASISTENCIAL)		
CARLOS ANDRES RIASCOS BUCHELI	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO		
CATHERINE DE HARO PIEDRA	ASESORA PLANEACION		
JULIETA CERON	INGENIERO DE SISTEMAS		

\* Los líderes de áreas se encargarán de desplegar las acciones específicas a ejecutar, según competencia y responsabilidad.

**Documento Original con Firmas**