

## **INFORME DE SEGUIMIENTO**

### **ESTRATEGIA DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO LEY 1474 DEL 2011**

**ERVIN UNDENCY RIZO TIGREROS**  
Jefe Oficina de Control Interno

#### **EQUIPO AUDITOR**

Argemiro Manzano G.  
Guillermo León Navia B.  
Ángela María Puerta T.  
Ángela María Giraldo V.  
Beatriz Elena Santa H.

Santiago de Cali, diciembre 2019

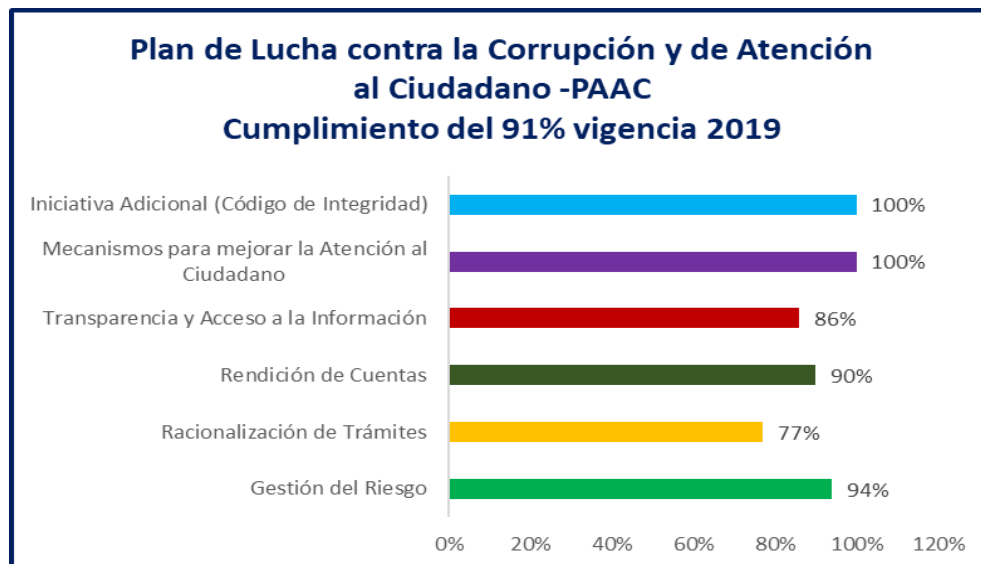
El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y su utilidad ha sido integrar en un solo cuerpo la planeación de las estrategias de las entidades en torno a la lucha contra la corrupción.

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., en cumplimiento del decreto 612/ 2018, publicación de los planes estratégicos institucionales y con lo estipulado en la Ley 1474/ 2011 artículo 73. Realizó la publicación el 31 de enero del 2019 del *Plan de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano*.

## PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano se desarrolla mediante 6 componentes: Gestión del Riesgo, Rendición de Cuentas, Racionalización de trámites, Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, Mecanismos para la transparencia y acceso a la información y las Iniciativas adicionales.

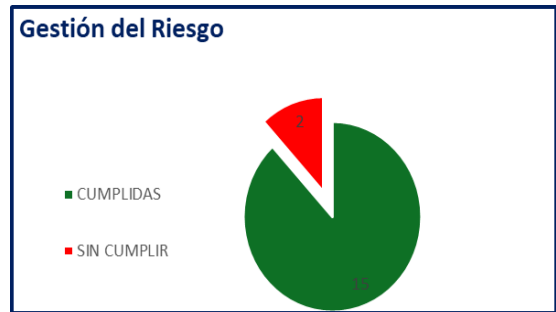
El presente documento contiene el seguimiento al cumplimiento de las actividades registradas en cada uno de los seis componentes de la estrategia, alcanzando un 91% de cumplimiento. El resultado por componente se aprecia en la siguiente gráfica:



Fuente: Información seguimiento PAAC. Elaboración Oficina Control Interno, diciembre 2019

## 1- GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN: 94%

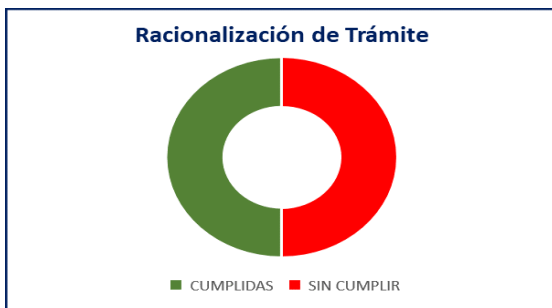
Para este componente se diseñaron 17 actividades, de las cuales se cumplieron 15 cumplidas y 2 que, aunque se adelantaron actividades, aún presentan dos sin cumplir y son:



Fuente: Fuente Matriz PAAC. Elaboración Oficina control Interno, diciembre 2019

1. Se actualizo la política de transparencia, está pendiente la socialización y control en el DARUMA
2. Se publicó la política de administración del riesgo, está pendiente publicar de la metodología

## 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: 77%



El desarrollo de este componente se realiza a través de 4 actividades, de las cuales presenta 2 cumplidas y 2 sin cumplir.

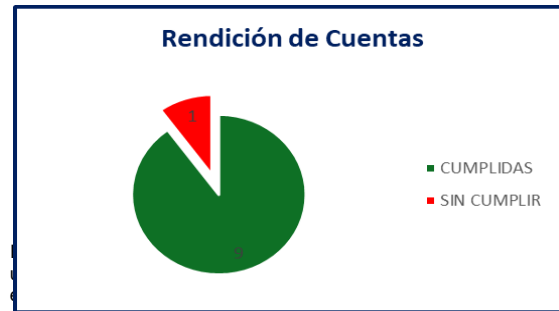
Fuente: Fuente Matriz PAAC. Elaboración Oficina control Interno, diciembre 2019

Las actividades pendientes por cumplir son:

1. Cargar en el SUIE los 4 trámites que están pendientes para revisión y aprobación por EL DAFP.
2. Socializar y publicar la política de racionalización de trámites.

### 3- RENDICIÓN DE CUENTAS: 90%

En este componente cuenta con 10 actividades, con un cumplimiento del 90%, quedando solo una actividad pendiente por cumplir relacionada con el diseño de boletines con información de rendición de cuentas.



te: Fuente Matriz PAAC. Elaboración Oficina control Interno, diciembre 2019

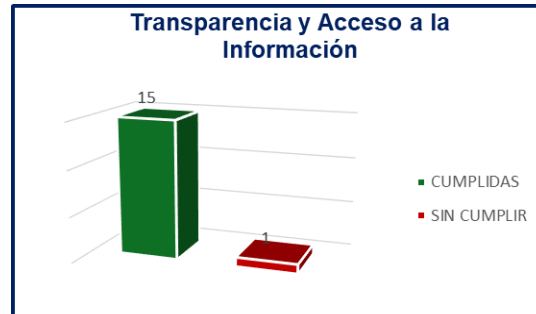
### 4- MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO: 100%

Para este componente se diseñaron 9 actividades, las cuales se cumplieron en su totalidad. Dichas actividades están relacionadas con:

- Mediante circular de la Gerencia General del 26 de junio de 2019, se institucionaliza la dependencia de atención al usuario.
- El Manual operativo de atención al usuario se diseñó y está controlado en Daruma con el código: mop-gau-vau-001 del 2019-11-12. El cual incluye el protocolo de atención al usuario.
- Las PQRSF relacionadas con el tema de rendición de cuentas, se pueden realizar vía web, en el aplicativo de PQRSF CROSS ubicado en la página web del HUV- Atención al ciudadano.
- El sistema CROSS está funcionando y la página Web Institucional se actualizó para facilitar la gestión y trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos.
- Los informes de PQRSF se elaboran trimestralmente para identificar oportunidades de mejora en la prestación.
- Se realizó campaña informativa sobre la responsabilidad de los servidores públicos frente a los derechos de los ciudadanos, la cual se **denominó "semana de los deberes y derechos"**.

## 5- TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN: 86%

Se registraron 16 actividades relacionadas con: transparencia activa, seguridad digital, gobierno en línea, datos abiertos, tablas de retención, registro SECOP y plan de mejoramiento archivístico. Al terminar la vigencia 2019 se presenta un cumplimiento del 86%.



Fuente Matriz PAAC. Elaboración Oficina control Interno, diciembre 2019

Se listan a continuación las actividades que no se lograron cumplimiento total:

Actividad	Seguimiento	Avance
Definir y publicar el set de datos abiertos en datos.gov.co	No se presenta avance a la fecha	0%
Publicar e Implementar las Tablas de Retención Documental actualizadas - TRD	Esta en proceso de verificación por cada proceso	60%
Elaborar el Índice de Información Clasificada y Reservada	No se presenta avance a la fecha en el último seguimiento	70%

## 6- INICIATIVAS ADICIONALES: 100%

Este componente se creó para que las entidades registren las iniciativas adicionales que consideren necesarias para combatir la corrupción. El Hospital eligió el Código de Integridad, para lo cual diseñó 2 actividades: Estandarizar e institucionalizar el Código de Integridad HUV y diseñar y realizar una campaña institucional para su despliegue.

El código de integridad ya está controlado, se encuentra publicado en el Daruma y la Intranet. Se realizó socialización de los valores y campaña para su despliegue en las áreas de laboratorio, patología, planeación, farmacia, gerencia, subgerencia. Administrativa, financiera, jurídica, tesorería, costos, presupuesto, contabilidad y contratación.

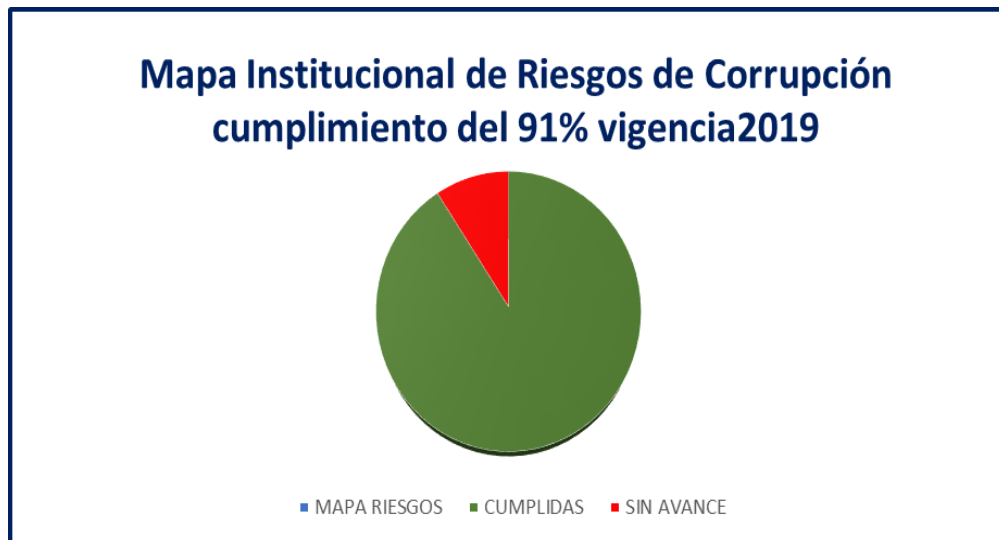
## MAPA DE RIESGO DE CORRUPCIÓN: 91%

El Modelo Estándar de Control Interno –MECI, se desarrolla a través de la Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG- “Control Interno”, el cual en su segundo componente plantea la “Evaluación del Riesgo”.

La Gestión de los riesgos institucionales, hacen referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

El Mapa de Riesgos de Corrupción de la Entidad vigencia 2019, cuenta con 10 Riesgos de Corrupción, 3 de gestión y 3 de seguridad digital, para los cuales se propusieron 44 actividades para mitigarlos.

El cierre a las acciones del mapa a diciembre de 2019, arrojó un cumplimiento del 91%, con 39 acciones cumplidas, 4 que no se cumplieron en su totalidad. La siguiente gráfica muestra dicho resultado:



Fuente: Información Matriz Institucional. Elaboración propia Oficina control interno, diciembre 2019.

Las acciones registradas en el mapa Institucional de Riesgos de Corrupción, las cuales no se cumplieron en la vigencia 2019, son:

Acciones	Avance
<p>1. Diseñar y aplicar una lista de chequeo que incluya la verificación de que la priorización de necesidades es coherente con el Plan de Desarrollo y Plan Bienal de Inversión vigentes y el cumplimiento de la norma en cuanto a la inscripción y viabilización de los proyectos en el Banco de Programas y Proyectos del Hospital.</p>	<p>Avance: se cuenta con lista de chequeo, elaborada en mayo 2019, de la cual no se evidencia su implementación.</p>
<p>2. El grupo interdisciplinario (personal médico, enfermería, trabajo social, psicología, secretarías, demás disciplinas propias del servicio) deben realizar por lo menos una vez al día (07 a 13 pm o de 13 a 19p.m.) la entrega y el recibo de turno, dejando registrado la relación de pacientes, su identificación, diagnóstico, evolución, condición psicosocial y pendientes.</p>	<p>Se realiza registro y control a través de los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Formato Entrega y Recibo de Turno Enfermería Sala de Operaciones.</li> <li>b. Formato Entrega y Recibo de Turno Enfermería Ginecológica.</li> <li>c. Formato Entrega y Recibo de Turno Enfermería y Hospitalización Clínica y Quirúrgica.</li> </ul> <p>Sin embargo, no está estandarizado en todas las Salas la entrega de turno con el personal médico, no se realiza en forma integral como se plantea en la acción.</p>
<p>3. Nombrar formalmente líder de proceso a aquellos que estén acéfalos, definiendo claramente el nivel jerárquico, responsabilidades y contribuciones esperadas para el logro de los objetivos institucionales.</p>	<p>La Gerencia General informa que se encuentra adelantando la gestión pertinente para el proceso de selección y nombramiento de los líderes de proceso que se encuentran acéfalos, al momento del seguimiento, estos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Oficina Asesora Jurídica.</li> <li>b. Oficina Coordinadora Académica.</li> <li>b. Oficina Coordinadora de Gestión Técnica Logística y Ambiental (se encuentra acéfalo desde el 01 de noviembre de 2019).</li> <li>d. Oficina Coordinadora de Gestión de la Información.</li> </ul>
<p>4. Solicitar y realizar el seguimiento al cercamiento del área contigua al archivo central del HUV. Se propuso incrementar el rango de la vigilancia para el archivo central, lo cual permitiría un mayor control en el archivo y reducir la sustracción de elementos de esta área, pero no se realizó.</p>	<p>No presenta avance.</p>

Fuente: Extractado del Mapa de Riesgo Institucional. Seguimiento por Control interno, septiembre 2019.

## **RECOMENDACIONES:**

### **Mapa de Riesgos:**

Con base en el cuadro anterior, donde se registran las acciones no cumplidas, las siguientes son las recomendaciones:

1. Aplicar la lista de chequeo diseñada donde se realizar la verificación de que la priorización de necesidades es coherente con el Plan de Desarrollo y Plan Bienal de Inversión vigentes en el Hospital.
2. El grupo interdisciplinario (personal médico, enfermería, trabajo social, psicología, secretarías, demás disciplinas propias del servicio) deben realizar por lo menos una vez al día la entrega y el recibo de turno, dejando registrado la relación de pacientes, su identificación, diagnóstico, evolución, condición psicosocial y pendientes
3. Nombrar formalmente líder de proceso a aquellos que estén acéfalos, definiendo claramente el nivel jerárquico, responsabilidades y contribuciones esperadas para el logro de los objetivos institucionales.
4. Solicitar y realizar el seguimiento al cercamiento del área contigua al archivo central del HUV, reduciendo el riesgo de pérdida de información.

### **PAAC- Plan de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano**

1. Socializar la política de transparencia y controlarla en el aplicativo DARUMA.
2. Publicar de la metodología para la administración de riesgos.
3. Cargar en el SUIT los 4 trámites que están pendientes para revisión y aprobación por EL DAFP.
4. Socializar y publicar la política de racionalización de trámites.
5. Diseñar boletines con información de rendición de cuentas.
6. Definir y publicar el set de datos abiertos en cumplimiento de la Ley de Transparencia.
7. Publicar e Implementar las Tablas de Retención Documental actualizadas – TRD.
8. Elaborar el Índice de Información Clasificada y Reservada en cumplimiento de la Ley de Transparencia.
9. Revisar la pertinencia de las actividades que quedaron sin cumplir, con el fin de determinar si se registran en el PAAC de la vigencia 2020.