



INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PAAC- PERIODO MAYO – AGOSTO 2021

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano forma parte de la política de transparencia, participación y servicio al ciudadano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que articula el quehacer de las entidades, mediante las políticas de desempeño institucional y el monitoreo y evaluación de los avances en gestión.

1. OBJETIVO: El objetivo de este informe es presentar los resultados del seguimiento realizado al cumplimiento de las actividades registradas en este instrumento, el cual está integrado por 6 componentes:

- Gestión del Riesgo
- Rendición de Cuentas
- Racionalización de trámites
- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
- Transparencia y acceso a la información y
- Las Iniciativas adicionales, que para el Hospital es el Código de Integridad.

2. ALCANCE: El seguimiento se ejecuta a la gestión realizada por los procesos del Hospital Universitario del Valle que son responsables de actividades en los componentes del Plan de Lucha contra la Corrupción, durante el periodo de mayo – agosto del 2021.

3. RESPONSABILIDADES: La responsabilidad del seguimiento, en primer lugar, es del proceso evaluado como primera línea de defensa, en su ejercicio de autoevaluación y en el segundo nivel la Oficina de Control Interno.

4. METODOLOGÍA:

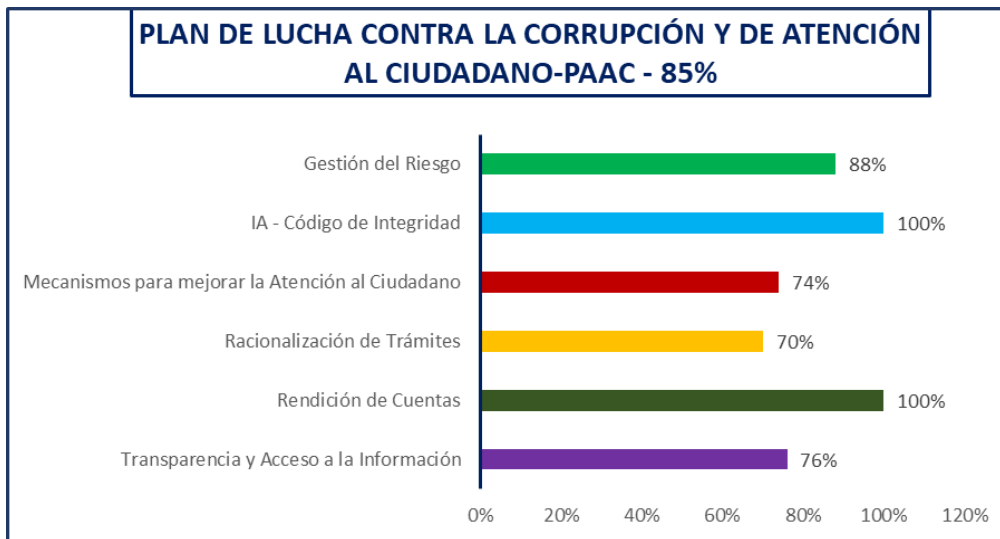
Este ejercicio de seguimiento se realiza con base en la metodología institucional, a través de las siguientes actividades:

1. Informar mediante oficio, a los procesos institucionales, sobre el seguimiento, recomendando realizar la autoevaluación previa a la visita.
2. Realizar el seguimiento, evaluando si las actividades registradas en el plan, se han ejecutado y si cuentan con soportes.
3. Registrar en el Plan las actividades realizadas por el proceso/área, teniendo en

cuenta la evidencia presentada y determinar el porcentaje de cumplimiento de los compromisos del periodo evaluado.

4. Realizar informe

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO AL PAAC



El Plan de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC - tiene un carácter preventivo para el control de la gestión y se desarrolla a través de cinco (6) componentes, los cuales dieron un cumplimiento total del 85%. El resultado por componente se muestra a continuación:

COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO: 88%

El Componente de Gestión del Riesgo involucra, tanto al personal directivo como a todos los servidores de la entidad y permite identificar, evaluar y gestionar eventos los riesgos, tanto internos como externos a los cuales está expuesta la Entidad y que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos. Se desarrolla a través de 4 subcomponentes:

1. Lineamientos de Administración de Riesgos de Corrupción: Para el periodo mayo - agosto de 2021, desde la Oficina Asesora de Planeación se socializó en las jornadas de Inducción y Reinducción con la comunidad hospitalaria, la Política Institucional de Administración del Riesgo, el eje trazador de Gestión del Riesgo, el mapa



institucional y demás elementos que trabaja la E.S.E. en este tema estratégico. Adicionalmente se socializaron en las actividades denominadas “*mañanas y tardes de Acreditación*” los días: 05 y 19 de mayo de 2021, 02 y 16 de junio de 2021, 07 y 21 de julio y 04 de agosto de 2021 y se evaluaron los conocimientos, con respecto a la política, mediante la herramienta kahoot a los 417 asistentes, con un resultado de 62,54% de aciertos en las respuestas.

La Oficina Asesora de Planeación tiene diseñado un instrumento preliminar para la evaluación del despliegue, adherencia institucional y cumplimiento a la política institucional. A esta fecha se hizo una primera reunión con el proceso de Gestión de la Información y no se ha realizado la primera evaluación.

En el periodo mayo - agosto de 2021 las estrategias de sensibilización del personal en Gestión del Riesgo fueron tips de información a través de los canales: Culturízate y Evaristo el más visto, se continuó entregando separador de libros con la relación de los riesgos priorizados y gestionados en el 2021 para interiorización de los procesos. Se han ejecutado 4 actividades de capacitación con procesos HUV en aplicación de la metodología y política institucional

2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción: Esta actividad se cumplió en el mes de febrero de 2021, con capacitación virtual a los 21 procesos HUV en la aplicación de la metodología institucional para el diseño de los mapas en las diferentes áreas.

Para el cuatrimestre mayo - agosto de 2021 se dio capacitación en la aplicación de la metodología institucional al proceso de Servicio Farmacéutico, al Programa de Seguridad del Paciente. Se convocó y socializó a los procesos HUV el instrumento propuesto para seguimiento y evaluación de la Gestión del Riesgo, para ser aplicado y evaluado en los dos últimos seguimientos de la vigencia 2021.

3. Consulta y divulgación: Para consulta abierta, desde el 29 de enero de 2021, el mapa de riesgos HUV 2021 está publicado en el link de Transparencia de la página web institucional, en el link de Atención al Ciudadano de la misma página, y para consulta interna se encuentra en el módulo Administración del Riesgo de la intranet, carpeta Gestión del Riesgo HUV 2021.
4. Monitoreo o revisión: La responsabilidad de la gestión del riesgo y del control está a cargo de los diversos procesos de la entidad, como primera línea y segunda línea de defensa, por parte de los cuales se evidenció mayor gestión para el seguimiento al mapa de riesgos. Como tercera línea de defensa, la Oficina de Control Interno realizó



el segundo seguimiento a los riesgos administrativos: de gestión, de corrupción y de seguridad digital. La Subgerencia de Servicios de Salud, a través del líder del programa de seguridad del paciente, realiza seguimiento a los riesgos clínicos con la periodicidad estipulada en la metodología institucional.

COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: 70%

El objetivo de este componente está orientado en simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes, mediante su actualización con estándares de calidad.

Este componente se desarrolla a través de 3 subcomponentes:

1. *Estandarización de hojas de vida de trámite, servicios y OPAS:* Las áreas de planeación, calidad y subgerencia administrativa diseñaron el cronograma para la racionalización de trámites (Estrategia Anti trámites 2021) en el mes de febrero, cuyas actividades se desplegaron de marzo a diciembre
2. *Racionalización de trámites:* Se realizaron las actividades registradas en el cronograma para el periodo evaluado. Se diligencia en el aplicativo *suit* la racionalización de acuerdo a los criterios establecidos.
*Los criterios para la definición de acciones de racionalización, listado de acciones e implementación, se realizan a través de la plataforma del *suit* en el botón de "Racionalización".*
3. *Políticas relacionadas con la racionalización de trámites:* Socialización en la Oficina Coordinadora de Gestión de la Información, Oficina Asesora de calidad, planeación y Comité de gestión y desempeño de la política Anti trámite del HUV.

COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS: 100%

Este componente busca promover la confianza y fortalecer la relación con los ciudadanos y grupos interesados, a través de la transparencia de la gestión de la administración pública. Estas actividades se han cumplido en el periodo. Se desarrolla a través de 3 subcomponentes, a saber:

1. *Información:* Equipo conformado y empoderado. Se convocó al Equipo Líder de Rendición de Cuentas HUV en el mes de noviembre de 2020 para formular plan de trabajo de la APCR HUV 2020 a realizarse el 29 de diciembre de 2020 según directriz dada por la Gerencia. Este equipo fue liderado por la OAP, participó el proceso de Gestión de la Información, Comunicaciones, Control Interno, CIAU, un representante de los usuarios, Subgerencia Administrativa y Gestión de Calidad.



Se realizó la publicación de la convocatoria en intranet para consulta interna y en página web para las partes interesadas. Se consolidó informe para presentación, se publicó en el link de Rendición de Cuentas.

Con base en la matriz de partes interesadas, se identificaron y convocaron como grupos de valor para la APRC HUV 2020: Junta Directiva, Gobierno Nacional, Departamental y Municipal, Contraloría General de la República Procuraduría General de la Nación, Fiscalía General de la Nación, Secretaría de Salud Departamental, Secretaría de Salud Pública Municipal, Contraloría Departamental, Procuraduría Departamental, Dagma, Juzgados, Contraloría Municipal, Clientes Aseguradoras (EPSC-ESPSS), Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - NPEC Departamento del valle, Proveedores y aliados estratégicos, contratistas, Agremiaciones Sindicales (Cooperativas), Funcionarios, Trabajadores Oficiales, Servidores Públicos de Carrera Administrativa, Provisionales, Servidores en calidad de Provisionalidad (Reten), Organizaciones sindicales: SINSPUBLIC, SINTRAHOSPITCLINICAS, SISEP, SINTRAHUV, ASSEPCOL, Usuarios, Asociaciones de usuarios, Grupos voluntariados, Instituciones Educativas.

2. *Diálogo*: Se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas el 29 de diciembre del 2020 y se generaron espacios de diálogo dentro del evento.
3. *Responsabilidad*: Dentro del orden del día de la reunión No.09 del equipo líder de Rendición de Cuentas, reunión de fecha lunes 22 de febrero de 2021, se identificaron y relacionaron las oportunidades de mejoramiento a tener en cuenta para el siguiente ejercicio, según acta No.09 del 22022021.

El formato de evaluación de la APRC fue realizado por 12, de los asistentes (40 presenciales y 100 virtuales).

COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO: 74%

Este componente busca mejorar la calidad y accesibilidad de los trámites y servicios de la administración pública y satisfacer las necesidades de la ciudadanía. Las actividades programadas para el periodo se desarrollaron en su totalidad.



Este componente cuenta con 5 subcomponentes, a saber:

1. *Estructura administrativa y direccionamiento estratégico:* Para el primer trimestre del año se generó el cronograma de capacitaciones para las asociaciones de usuarios, grupos voluntariados y comunidad en general, al cual se está dando cumplimiento según orden del día.
Se cuenta con un formato llamado epicrisis multicita, donde se registra recomendaciones al egreso del paciente y si es apto para algún programa cultural o deportivo, para iniciar trámite por parte del paciente o familiar.
Desde el programa de Humanización se han venido realizando capacitaciones sobre Empatía y Trato Digno al personal de los servicios priorizados y los terceros contratados, lo anterior en articulación con el PIC.
Se han desarrollado las actividades programadas por la Secretaría de Salud Departamental para la actualización de la Certificación de discapacidad.
2. *Fortalecimiento de los canales de atención:* Se realizó la parametrización de aplicativo CROSS para incluir en PQRSF la D de denuncia, se encuentra activa. La Oficina Coordinadora de Atención al Usuario realiza el ajuste a la resolución en donde se establece el procedimiento y se encuentra en proceso la recepción.
3. *Talento Humano:* De las quejas por trato no digno, se tiene un consolidado de enero a julio de 2021 de quejas personales por fallas en actitud en la atención radicadas en el CROSS y los envíos por correo electrónico. Además, la solicitud de implementación de plan de mejoramiento en Daruma.
4. *Normativo y procedimental:* Se actualizó la Resolución GG-0763-2021 PQRSFD y se realizó el despliegue correspondiente. Los indicadores se consolidan mensualmente de forma general y por servicios. Se solicitan los planes de mejoramiento a las áreas y/o dependencias que lo ameritan, los cuales se encuentran en el Daruma. La apertura de los buzones de sugerencias se realiza cada 8 días, se ha invitado con antelación a la asociación de usuario a que participe de esta actividad y antes de iniciar la apertura se da una capacitación y/o inducción.
5. *Relacionamiento con el ciudadano:* Se encuentra en proceso la validación de la caracterización del usuario desde la admisión teniendo en cuenta la dinámica de los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Ginecología.



COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA: 76%

Este componente busca establecer acciones para el cumplimiento efectivo en la publicación, divulgación y disposición de mecanismos para el acceso a la información. El Hospital presenta desarrollo de los diferentes subcomponentes, se han cumplido actividades del periodo.

Este componente cuenta a su vez con 3 subcomponentes:

1. *Transparencia activa:* La administradora de la página web, realiza el cargue de la información suministrada por las diferentes dependencias. Se realizan reuniones con el área de comunicaciones para establecer la estrategia de actualización de intranet del HUV.

Se encuentra en proceso de ajuste el módulo de inteligencia de negocios para mejorar la calidad de los reportes que genere el HUV.

Se realiza seguimiento a la implementación de la política de Gobierno digital, a través del tablero de mando de indicadores establecido en DARUMA.

Para el último cuatrimestre de la vigencia se programarán capacitaciones para promover el uso del correo electrónico como herramienta de comunicación interna.

Se solicitó al Comité Institucional de Gestión y desempeño aprobar el Plan de Análisis de Procesos y procedimientos con el fin de promover la directiva presidencial de cero papeles, en donde se incluye la promoción de herramientas tecnológicas para la disminución del consumo de papel en la Institución.

Se realiza la articulación del plan de análisis con el programa de uso eficiente del papel.

2. *Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información:* se Actualizo el programa de Gestión Documental, el cual se encuentra en DARUMA, con fecha de julio pendiente por revisión. Se realiza el proceso de inducción y acompañamiento a las áreas de: Calidad, Coordinación de Enfermería, se adelantan reuniones para minimizar el uso de papel en la entidad, en cumplimiento del Plan de análisis de procesos y procedimientos de gestión documental, y aportando al proceso de planeación y producción de Gestión Documental.

3. *Monitoreo del Acceso a la Información Pública:* La Oficina Coordinadora de Atención al Usuario realiza la publicación del informe con el número de solicitudes recibidas, solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta a cada solicitud y el número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información, y se publicó oportunamente en la página web de la entidad.



COMPONENTE 6: CÓDIGO DE INTEGRIDAD, COMO INICIATIVA ADICIONAL: 100%

Este componente se creó para que las entidades registren las iniciativas adicionales que consideren necesarias para combatir la corrupción, para lo cual el Hospital consideró de gran relevancia el **Código de Integridad**, el cual cuenta con 2 actividades:

- *Concurso de valores y principios:* Esta actividad tiene fecha de ejecución, para el mes de septiembre 2021.
- *Taller práctico de principios y valores con los funcionarios de la institución:* Se han realizado las capacitaciones con el personal. Se cuenta con listados de asistencia de los colaboradores a los talleres realizados desde el área del proceso Talento Humano.

6. CONCLUSIONES

El seguimiento se realizó de acuerdo a lo programado, durante el cual hubo total disposición del personal de los procesos visitados, espacio que fue aprovechado para resolver inquietudes con respecto al diligenciamiento y registro de avances en el PAAC. Así mismo, se les recordó la obligación que tiene cada líder de proceso y demás servidores, de realizar el seguimiento a las actividades a su cargo, lo cual debe responder a un ejercicio planeado, organizado y documentado, que aporte al mejoramiento continuo.

Elaboró: Beatriz E. Santa H., Oficina Control Interno
Revisó: Ervin U. Rizo Trigreros, Jefe Oficina Control Interno
Aprobó: Ervin U. Rizo Trigreros, Jefe Oficina Control Interno