



## **INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PAAC- CUATRIMESTRE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 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 la 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
- Iniciativas adicionales, 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 septiembre – diciembre del 2021.

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

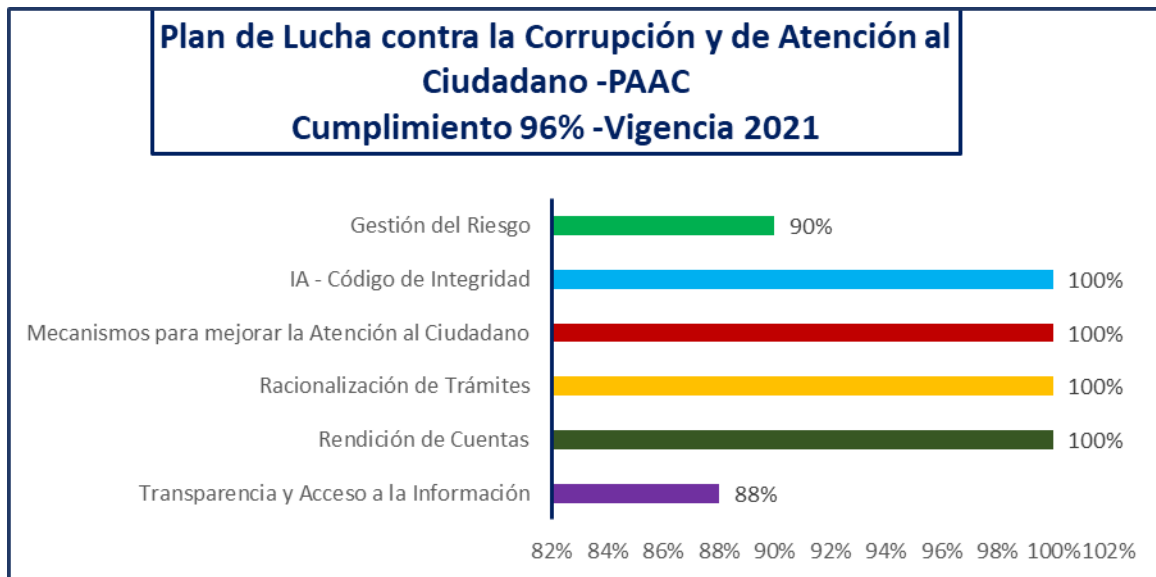
#### **4. METODOLOGÍA:**

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

1. Informar de la visita de seguimiento a los procesos institucionales.
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 ejecutadas, con base en los soportes Y determinar el porcentaje de cumplimiento.
4. Realizar informe

## RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

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 seis (6) componentes, los cuales dieron un cumplimiento total del **96%**. El resultado se muestra en el siguiente cuadro y se desglosa después por cada componente.



### COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO: 90%

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 los riesgos, tanto internos como externos a los cuales está expuesta la Entidad y que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos y se desarrolla a través de 4 subcomponentes:

1. **Lineamientos de Administración de Riesgos de Corrupción:** Para el periodo septiembre - diciembre 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*”.



En la actividad: *Evaluar el despliegue, adherencia institucional y cumplimiento a la política*, se avanzó, pero aún no se ha realizado la evaluación. El 31 de diciembre de 2021, la Oficina Asesora de Planeación validó con el Grupo GIRG el instrumento diseñado y ajustado para la evaluación de la política institucional de Administración del Riesgo. El 20 de diciembre de 2021 en última reunión de GIRG se definieron responsabilidades a los procesos de Gestión de la Información y Gestión de Calidad para la ejecución de esta actividad.

En el periodo evaluado, septiembre – diciembre se han ejecutado: 4 actividades de capacitación con procesos HUV en aplicación de la metodología y política institucional. Divulgación de TIPS de Gestión del Riesgo en canales de información internos. Se realizaron seis reuniones del Grupo GIGR: 06 y 20 de septiembre, 14, 21 (simulacro con asesor externo) y 26 de octubre y 20 de diciembre de 2021.

2. **Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción:** Al 31 de diciembre de 2021 los procesos institucionales han recibido 2 capacitaciones en la aplicación de la metodología institucional. Se continuó socializando el instrumento para seguimiento y evaluación de la Gestión del Riesgo y se controló en el DARUMA el formato para informe de seguimiento y evaluación a la gestión del riesgo.
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:** la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, llevo a cabo en la última semana del mes de diciembre, el tercer seguimiento del mapa institucional, a los riesgos administrativos (gestión, corrupción y seguridad digital), alcanzando un cumplimiento para cierre de vigencia del 89%. En la verificación realizada se evidencio la ejecución de controles y acciones de intervención, las cuales fueron efectivas, impidiendo la materialización de riesgos en el periodo evaluado.

## **COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: 100%**

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 dio cumplimiento al cronograma de actividades propuestas. Se encuentran los formularios de los 8 trámites que están cargados en software SUIT. Se implementó un nuevo lineamiento para que los formatos nuevos incluyeran el visto bueno de gestión documental, para la optimización de procesos. Se generaron usuarios en el SUIT a calidad y control interno para el seguimiento.
3. **Políticas relacionadas con la racionalización de trámites:** En las jornadas que mensualmente se realizan del PIC se realiza socialización de la política.

### 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:** El equipo líder fue convocado por la OAP durante la vigencia 2021 para la ejecución de las actividades correspondientes al proceso de Rendición de Cuentas. Se realizó en reunión, No.09 el lunes 22 de febrero de 2021, del equipo líder de Rendición de Cuentas. La autoevaluación se realizó en el mes de febrero de 2020, dentro del alistamiento para la APRC HUV 2019.

Dentro de la fase de alistamiento para la APRC HUV 2020, la Oficina de Comunicaciones elaboró y presentó al equipo líder el plan de medios. Las estrategias de comunicación fueron en su mayoría virtuales por tratarse de una APRC en tiempo de pandemia. Se reactivó el correo [rendiciondecuentas@huv.gov.co](mailto:rendiciondecuentas@huv.gov.co) y fue administrado por Gestión de la Información.

Se publicó la convocatoria pública e invitación en la intranet para consulta interna y en la pág. Web en el link de Rendición de Cuentas, igualmente se envió por correos masivos. Se revisó, actualizó y publicó en el link de Rendición de Cuentas, los formatos para: Inquietudes dentro de la APRC, Inscripción de propuestas, inquietudes o sugerencias, Reglamento Interno de la APRC y Evaluación de la Audiencia. Evidencia: Link Rendición de Cuentas



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.

El formato de evaluación APRC fue diligenciado por 12 de los asistentes. El reporte se realizó el 05 de abril de 2021. Evidencias validación y cargue exitoso.

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

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:** Durante la vigencia, el equipo de Trabajo Social capacitó más de 10.110 personas, en derechos y deberes, involucrando varios canales entre los cuales la semana de los Derechos y Deberes. Mediante los programas de humanización se realizaron incentivos al menor hospitalizado, con actividades lúdicas y obsequios. Con respecto a los recursos se dejó establecido que cuando se requiera se hace la reserva presupuestal según corresponda.

Durante el año, se cumplió lo planeado frente a las capacitaciones (4 Sesiones), que se relacionan con el proceso de atención al usuario generando sensibilidad e información a la resolución de sus necesidades. Para tal efecto se creó una actividad llamada " Mañana del CIAU", que involucra varios temas como, Manual de Atención al Usuario, Protocolo de atención, Derechos y Deberes, Población Especial y Vulnerable.

Medicina Física y Rehabilitación, comparte el programa de Rehabilitación Visual el cual está comprendido el proceso y estructura de lo que representan sus actividades y formas de trabajo con la población víctima de problemas visuales.



Es importante manifestar que durante el año se cumplió la meta establecida y que se relaciona con la certificación de profesionales, 121 certificaciones de discapacidad, de acuerdo con los lineamientos con el Ministerio de Salud y la articulación con la Secretaria de Salud Departamental.

2. **Fortalecimiento de los canales de atención:** Se realizó la parametrización de aplicativo CROSS para incluir en PQRSF la D de denuncia. Se están caracterizando mensualmente los grupos de valor que presentan PQRSFD, esta actividad se está realizando de manera general PQRSFD e individual por Peticiones, Quejas y Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Denuncias.
3. **Talento Humano:** Todas la Quejas por fallas en la actitud en la atención son registradas en el CROSS y trasladadas inmediatamente al servicio competente; así mismo, cada mes se realiza un consolidado de las quejas radicadas por fallas en la actitud y se envía vía e-mail a la Oficina de Humanización y a la Jefatura de Atención al Usuario, lo que genera planes de mejora.

Unidad de Terapia Intensiva, en conjunto con el Programa de Humanización realiza mensualmente jornadas en las que se socializan temas referentes al componente de Humanización, Derechos y Deberes, con el fin de reforzar estos temas y sensibilizar al personal de Enfermería.

Medicina Física observa un incremento en el número de quejas por falla en la oportunidad de citas y Call center, se realizaron reuniones con el grupo de admisión y solicitud del personal para responder a la demanda del servicio.

4. **Normativo y procedimental:** Se han realizado los indicadores y consolidados mensualmente de forma general y por servicios. Igualmente, se solicitaron planes de mejoramiento a las áreas y/o dependencias que lo ameritan, y se encuentran en 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:** Trimestralmente, se consolida información de caracterización de la población atendida, a partir de la atención por trabajo social. En reunión con el área de historia clínica se determinó que el hospital no tiene el recurso técnico ni humano para registrar la información que se requiere desde la admisión. Paralelo a ello y frente algunas debilidades se realizó presentación al Jefe de Facturación y Cartera para que se socializara con los coordinadores de facturación,



logrando establecer la importancia de llenar unos campos que se estaban dejando libres, para mejorar el proceso de información del paciente que ingresa al hospital. La estadística se continúa haciendo de manera manual y tecnológica. Se ha socializado por página web y la intranet la percepción del usuario.

## **COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA: 88%**

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. Este componente cuenta a su vez con 3 subcomponentes:

1. **Transparencia activa:** La Entidad cumple con la publicación de la información mínima obligatoria. La Oficina Coordinadora de Gestión de la Información realiza seguimiento con el Esquema de Publicación. Se definió en conjunto con el área de comunicaciones que la actualización requería un desarrollador de tiempo completo, se elevó la solicitud a la alta dirección quien aprobó la contratación, sin embargo, no se presentó el profesional correspondiente. Teniendo en cuenta lo anterior, la Oficina Coordinadora de Gestión de la Información, solicitó a la Oficina Coordinadora Académica pasantes en programación para suplir esta necesidad. Actualmente está en periodo de prueba para validar sus aptitudes. Se continuará con la actividad para la próxima vigencia, la información interna se sigue cargando en intranet.

Se crea el usuario para el HUV en la plataforma datos.gov.co. Como primera fase se define subir en la página web los instrumentos de la Gestión Pública.

- Activos de Información
- Esquema de Publicación de Información
- Índice de Información clasificada y reservada

Se realiza en conjunto con el área de planeación el seguimiento a las políticas de Gobierno Digital y seguridad digital, estas se consolidan en Informe 5 G, establecido por Planeación. De acuerdo con las recomendaciones de control Interno en la Auditoría, se incluirá para la próxima vigencia el seguimiento desde el autocontrol en el Plan de Acción del proceso.

Se realiza la actualización del Instructivo de la Ventanilla Única, el cual fomenta el uso del correo Institucional, se realiza socialización en reunión de coordinadores y se promueve el uso del correo. Las áreas hacen uso permanente del correo institucional.





2. **Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información:** se actualizó el programa de Gestión Documental, el cual se encuentra en DARUMA. 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 oportuna en la página web de la entidad, del informe con el número de solicitudes recibidas, así como las solicitudes 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.

#### **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:

1. **Concurso de valores y principios:** Desde la Oficina Coordinadora de Talento Humano se convocó al concurso para medir conocimientos sobre el Código de Integridad de acuerdo con las actividades desarrolladas durante el año, el cual se realizó vía WhatsApp "Evaristo el + Visto, y se llevó a cabo el 29 de diciembre a las 10:30 am, utilizando el aplicativo en línea "Quizizz", se informó de manera masiva, se consolidaron resultados del concurso y se realizó la premiación y se generaron actas.
2. **Taller práctico de principios y valores con los funcionarios de la institución:** Se realizan talleres permanentes durante el segundo semestre en los diferentes servicios aplicando actividades lúdicas sobre el Código de Integridad, Valores y Principios

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