
INFORME DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

Seguimiento al Tercer Cuatrimestre
Periodo Septiembre - Diciembre de 2024

LEY 1474 DE 2011

OFICINA DE CONTROL INTERNO

ENERO 2025

1/11

EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2024

OBJETIVO

Realizar seguimiento a los avances de las actividades establecidas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC - 2024 del Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E.

ALCANCE

Verificar el cumplimiento de las actividades del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC 2024 del Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E., correspondiente al periodo 01 Septiembre al 31 de Diciembre de 2024

METODOLOGIA

Desde la Oficina de Control Interno se hace seguimiento al avance del Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC 2024, mediante la solicitud y verificación de evidencia y productos que soporten la realización de las actividades correspondientes al PAAC.

El seguimiento se realiza acorde a los requisitos establecidos, de la siguiente manera:

1. Cumplimiento de las actividades establecidas en cada uno de los componentes del Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano, con corte al 31 de Diciembre de 2024.
2. Verificación de los avances de las actividades que se deben cumplir posteriormente.
3. Cumplimiento de lo establecido en la Política de Administración del Riesgo del Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Realizando el seguimiento correspondiente al Tercer Cuatrimestre (Septiembre - Diciembre/2024) se logra evidenciar, que en la entidad no han tenido en cuenta las recomendaciones que se han entregado de los periodos pasados, lo cual hace que para este Tercer Seguimiento de esta vigencia 2024 no se logren evidenciar avances en temas relacionados con los componentes del Plan.

Se le notificó a la nueva administración sobre la falta de actualización del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para la vigencia 2024, dicha situación le fue informada a la anterior administración, pero no se realizaron los ajustes necesarios.

2/11

En el mes de Octubre/2024 se le socializo a la Gerencia y al área de Planeación el Decreto 1022 del 30 Agosto/2024 emitido por el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, en el cual las directrices, son muy claras en la obligatoriedad de implementar el Programa de Transparencia y Ética Publica dentro de todas las entidades públicas, este programa se fusionará con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC), las entidades del orden territorial tendrá plazo de dos (2) años para su implementación.

El seguimiento que actualmente el área de Control Interno realiza, es tomando como insumo las áreas que están involucradas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y que pueden soportar actividades realizadas en el periodo (Septiembre - Diciembre)/2024, esto debido a que el documento que esta publicado en la página web esta desactualizado, este informe será enviado a la Gerencia y publicado en la página web de la entidad como lo exige la norma.

Los componentes que se requieren según normatividad vigente, como son:

1. Gestión del Riesgo de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción.
2. Racionalización de Tramites.
3. Rendición de Cuentas.
4. Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano.
5. Mecanismos para la transparencia y Acceso a la Información.
6. Iniciativas Adicionales.

Para el periodo objeto de análisis, el Área de la Oficina de Control realizo el seguimiento con corte al 31 de Diciembre/2024, así como la ejecución en su totalidad de sus componentes, encontrando lo siguiente:

PRIMER COMPONENTE: GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION

Actividad a): Política de Administración del Riesgo de Corrupción: Se evidencia que la política de administración de riesgo con que cuenta la entidad sigue sin ser actualizada y adicional a esto no se cuenta con el mapa de riesgos de corrupción, esta situación se ha notificado a las diferentes administración y dentro del Comité Coordinador de Control Interno, con el fin de que solucionen dicha situación y poder contar con dicho insumo para realizar el respectivo seguimiento al mapa de riesgos institucional.

Actividad b): Mapa de Riesgos de Corrupción: Se evidencia que dentro de la entidad existe un Mapa de Riesgos Institucional, el cual la última actualización la realizaron en el mes de Marzo de 2024 el área de Calidad en compañía de algunos líderes de procesos, esta actualización se realizó teniendo en cuenta la Guía de Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

En el Mapa de Riesgos Institucional no se evidencian específicamente riesgos de corrupción, incluyen los riesgos identificados en cada uno de los diferentes procesos, el cual define riesgo, probabilidad, impacto, evaluación del riesgo, controles existentes, riesgo residual, acciones, responsable, periodicidad y

3/11

materialización. La identificación de los riesgos se sacó con base en los factores internos y/o externos analizados para la entidad, y que pueden afectar el logro de los objetivos estratégicos.

Es de aclarar que dentro del Mapa de Riesgos Institucional no se tienen contemplados los riesgos de corrupción, sobre este tema ya se le informo al área de calidad para que se incluyan dentro del mapa de riesgos con que se cuenta la entidad los de corrupción y/o se elabore un mapa de riesgos de corrupción nuevo. Esta novedad también fue notificada a la nueva Gerencia.

Actividad c): Consulta y Divulgación: Se evidencia que el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la que está publicado en la página web de la entidad contiene la parte normativa y los compromisos e información del Hospital hacia la comunidad en sus seis (6) componentes, pero no tiene identificados los riesgos de corrupción.

Actividad d): Monitoreo y Revisión: Los riesgos que están plasmados en el Mapa de Riesgos Institucional deben ser monitoreados por cada líder de cada proceso de forma aislada, para este periodo (Septiembre – Diciembre)/2024, de esta actividad no se evidencian informes que permitan consolidar la información y sirva de insumo para que el Área de Control Interno pueda entrar a realizar los respectivos análisis, en el primer seguimiento no habían insumos porque la gran mayoría de líderes estaban nuevos, pero ya han pasado seis (6) meses y continua igual, no hay soportes de seguimiento.

Actividad e): Seguimiento: El Área de Control Interno en el momento no ha podido realizar seguimiento al mapa de riesgos de corrupción, se continua sin elaborar dicha herramienta dentro de la entidad, el área de calidad y gerencia tienen conocimiento del tema, pero no se ha avanzado, con el mapa que se cuenta es el de riesgos institucional y dentro de este no han incluido los de corrupción.

Así mismo se deja en el informe que el Plan de Auditorias de Control Interno se formula teniendo en cuenta las áreas, procesos o programas que requieren mayor control o seguimiento, y la ejecución de las mismas se realizan con enfoque a los riesgos que están plasmados en el mapa de riesgos de cada proceso.

SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACION DE TRÁMITES: El objetivo de la política de este componente es: simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar tramites y procedimientos administrativos. Promover el uso de las TICs facilitando el acceso de la ciudadanía a la información sobre trámites y a su ejecución por medios eléctricos.

Actividad a): Identificación de Tramites: Se evidencia que la entidad a la fecha no está manejando el Sistema Único de Información de Tramites (SUIT), el cual es de obligatoriedad manejarlo las entidades del estado, hasta la fecha ninguna administración le ha dado la importancia a dicho tema y por tal razón no se ha asignado un responsable para dicho manejo, en este sistema el Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E., hasta donde se conoce tiene registrado unos tramites como son:

- Solicitud de Historia Clínica.

4/11

- Atención Inicial de Urgencias.
- Certificado de Defunción.
- Certificado de Nacido Vivo.
- Asignación de Citas para la Prestación de Servicios en Salud.
- Exámenes de Laboratorio Clínico.
- Radiología e imágenes Diagnosticas.
- Radicación de Quejas y Reclamos (PQRS).

Como se puede evidenciar este inventario de trámites debe estar registrado en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT. Este sistema se debe implementar en la Entidad de acuerdo a lo que nos corresponde como Institución Prestadora de Servicios de Salud.

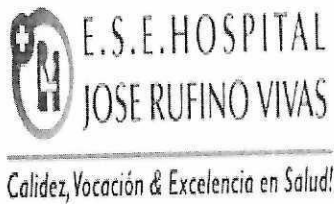
La Entidad debe gestionar el usuario, para que así puedan gestionar los formularios, ante dicho sistemas.

El objetivo de la racionalización de trámites, es que todos los trámites que la entidad tienen inscritos en el SUIT, con el pasar del tiempo y de acuerdo a las mejoras que se realicen en la entidad estos trámites vayan desapareciendo de realizarlos de manera física y presencial y los ciudadanos los puedan realizar de una manera virtual a través de la página web que tenga la entidad y/o por los diferentes medios tecnológicos que implemente la entidad, y que dentro de las instituciones se termine con tanta tramitología que se tiene actualmente.

Actividad b): Priorización de Trámites a Intervenir: Para este punto cuando se vayan a priorizar los trámites se deben tener en cuenta los factores tanto internos como externos en el momento de realizar dicha priorización dentro de la Institución.

Actividad c): Racionalización de Trámites: Es el proceso que permite reducir los trámites, con el menor esfuerzo y costo para los usuarios, a través de estrategias jurídicas, administrativas o tecnológicas que implican: simplificación, estandarización, eliminación, automatización, adecuación o eliminación normativa, optimización del servicio, interoperabilidad de información.

Adicional a lo anterior se continúa alimentando la página web de la entidad a través del botón de TRANSPARENCIA el cual se encuentra ubicado en la parte superior de la página web del hospital entre el logo del hospital y el logo de Icontec, así:



Transparencia



Nuestra Institución Gestión Servicios Info COVID-19 Calidad Contratación Rend. de Cuentas SIAU Noticias Transparencia

Dando click en este icono le permitirá a los usuarios ingresar al portal de transparencia donde podrá encontrar diferentes informes de la entidad y también hay podrá encontrar en la parte superior el link de PQRDSF (Petición, Quejas, Reclamos, Denuncias, Sugerencias y Felicitaciones), donde podrán radicar sus solicitudes referentes a PQRDSF.

GOV.CO

Transparencia

Atención y
Servicios a la
Ciudadanía

Participa

Página
Hospital

Estadísticas

PQRDSF

Regístrese
Citúnelo

FUNCIONARIOS



LEY 1712 DE 2014

El objeto de la presente ley es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.

Regresar

Ventanilla Única:

Al 31 Diciembre/2024, se logra evidenciar que la ventanilla única de la Institución continua funcionando de forma manual en lo referente al radicado, esto debido a que hace varios años el programa que se manejaba sistematizado se dañó, y en la actualidad no se ha adquirir un nuevo software, cabe aclarar que aunque se lleve de manera manual, se tiene un control sobre toda la documentación que llega y sale de la Institución, ya que todo queda escaneado en el sistema con su respectivo CACCI.

6/11

TERCER COMPONENTE: RENDICION DE CUENTAS

Actividad a): Componentes de la Rendición de Cuentas: Este componente se estructura como un proceso conformado por un conjunto de normas, procedimientos, metodologías, estructuras, prácticas y resultados mediante los cuales, las entidades y los servidores públicos informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a la comunidad y partes interesadas en cada vigencia.

Los componentes de la Rendición de Cuentas son:

Información: Esta dada en la disponibilidad, exposición y difusión de datos, estadísticas, informes, etc., de las funciones de la entidad y de los servidores.

Dialogo: Se refiere a la justificación de las acciones; a la presentación de diagnósticos y a las manifestaciones de los criterios empleados para las decisiones tomadas en la Institución.

Actividad b): Rendición de Cuentas: Para el periodo (Enero – Abril)/2024 la Rendición Publica de Cuentas de la Vigencia 2023, se llevó a cabo el día 22 de Marzo/2024 en el Salón de Evento OSIRIA en la cabecera municipal, durante este evento el Gerente Dr. Collazos informa a la comunidad presente las gestiones que adelanto durante la vigencia 2023 y recoge todas las inconformidades de los mismos, para luego realizar mejoras en los diferentes servicios prestados en la entidad.

En este periodo (Mayo – Agosto/2024) en los meses de Mayo y Agosto de la presente vigencia la nueva administración en cabeza del Dr. Francisco Fonseca Amaris, ha acudido en dos (2) ocasiones al concejo municipal con el fin de dar respuestas a varias inquietudes por parte de los concejales del municipio.

Para el periodo (Septiembre – Diciembre/2024) el Gerente de la entidad se ha reunido en varias oportunidades con líderes comunales de las diferentes veredas de municipio, y les ha explicado como desde su administración viene trabando para que la salud llegue a los diferentes territorios del municipio de Dagua.

Actividad c): Ruta de la Rendición de Cuentas: El Hospital reporto a través del enlace de la Superintendencia Nacional de Salud www.supersalud.gov.co, la información de la fecha de programación y lugar de realización de la audiencia pública de rendición de cuentas antes del 10 abril/2024, así como lo exige la normatividad vigente.

Para este periodo se puede observar que la página web está presentando algunas fallas en el link de TRANSPARENCIA por tal razón el informe que se publica de PQRS y el Reporte Satisfacción del Usuario del Tercer y Cuarto Trimestre de la vigencia 2024 no se ha logrado publicar, pero el área de calidad lo entrego al área de control interno.

CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO: Para garantizar la participación ciudadana en el contexto de la lucha contra la corrupción, de manera real y efectiva, se

cuentan con los siguientes mecanismos de atención a los usuarios del Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E.

Actividad a): Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico: Se les da a conocer temas fundamentales a los colaboradores en el proceso de Inducción y Reinducción, para este periodo se continua sin evidencias de haber realizado dicho proceso, se espera que para al próximo periodo como se han presentado gran rotación de personal por el cambio de administración, se lleve a cabo dicho proceso con el personal nuevo que ingreso a la entidad, a la fecha el personal nuevo solo ha recibido inducción en los cargos que van a desempeñar y se les explico a groso modo el portafolio de servicios y demás temas de interés según la competencia en cada cargo.

Actividad b): Fortalecimiento de Canales de Atención y de Comunicación: En el Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E., se cuenta actualmente con los siguientes canales de comunicación:

- Ventanilla Única.
- Oficina del SIAU Sistema de Información y Atención al Usuario.
- Correos Electrónicos Institucionales.
- Página Web Institucional.
- Carteleras Institucionales, Comunicados.
- Funcionalidad del Buzón de Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias, Sugerencias y Felicitaciones
- Encuestas de Satisfacción a los Usuarios y Aseguradores.
- En los Puestos de Salud de Queremal, Borrero Ayerbe, Hospital en consulta Externa y Urgencias se cuentan con Buzones de Sugerencias.
- Redes sociales como Facebook, Instagram, whatsapp.

Actividad c): Talento Humano: Teniendo en cuenta el objetivo del proceso, la entidad cuenta con personal calificado y capacitado, para este periodo (Septiembre – Diciembre)/2024, se realizó capacitación a funcionarios del Hospital sobre:

- Capacitación Manipulación de sustancias peligrosas, clasificación, PGIRASA, uso adecuado de EPP.
- Capacitación PGIRASA, clasificación de residuos y código de colores, manejo de residuos sólidos y bioseguridad.
- Capacitación Atención integral en salud a víctimas de violencia sexual.
- Capacitación sobre Rips, Glosas, anexo 2047 y 2235, CUPS nuevos

Actividad c): Relacionamiento con el Ciudadano: Está actividad se lleva a cabo en la Institución a través de las encuestas de satisfacción en las diferentes áreas de la Institución. En este Tercer Cuatrimestre (Septiembre - Diciembre)/2024, se procede a revisar las encuestas que se realizaron durante el periodo en las diferentes áreas asistenciales, logrando evidenciar que durante estos meses los usuarios han sido encuestados en los diferentes servicios y la per sección que tienen es muy buena, la prestación de los servicios ha mejorado notablemente, sobre todo en la asignación de citas.

8/11

QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION

Actividad a): Canales de Comunicación: En el Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E., se cuenta con canales de comunicación los cuales permiten transmitir a la comunidad y a los diferentes entes de control información importante de la entidad. Se detallan acciones relevantes:

- Rendición de informes a los diferentes entes de control.
- Se publica toda la información de contratación en el SECOP I y en SIA-OBSERVA.
- Informes a la Contraloría Departamental de Salud por medio de la Plataforma de SIA-CONTRALORIA y SIA-OBSERVA.
- Informe trimestral del Decreto 2193/2004.
- Información requerida por del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Informes a la Supersalud.
- Informes a la Contaduría General de la Nación.
- A diario se están realizando publicaciones por medio de las diferentes redes sociales como son Facebook, Instagram, whatsapp de todas las actividades que se están llevando a cabo con los diferentes Equipos Básicos en de Salud, en los diferentes corregimiento, veredas y barrios del municipio.

Durante este periodo desde la Oficina de Control Interno, se continua promoviendo con la Gerencia y con los Lideres de Procesos para que la página Web Institucional se esté actualizando permanentemente, y se esté informando a la comunicada lo hechos más relevante que se han adelantado dentro de la entidad, y así mismo ir actualizando la información solicitada en la matriz de la procuraduría según el informe de Índice de Transparencia y Acceso a la Información "ITA", dicha actividad no ha tenido mucha acogida por los diferentes líderes de procesos.

Actividad b): Canales de Atención: En el Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E., cuenta con:

- Oficina del SIAU.
- Página Web.
- Redes Sociales (Facebook, Instagram, whatsapp).
- Varias líneas de Celular.
- Atención Presencial.
- Carteleras.

SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES

Durante el periodo (Septiembre – Diciembre)/2024 y con el fin de generar mecanismos que contribuyan al mejoramiento de funciones interadministrativas propone, estructura y pone en marcha los planes y demás mecanismos que apoyen los valores institucionales como la calidad, el respeto, el compromiso, la honestidad, la confiabilidad, la responsabilidad y la humanización.

9/11

- **En lo Contractual:** Todos los contratos que se realizan en el Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E., son publicados en el Sistema Electrónico de Contratación Estatal SECOP I, así mismo se rinden Informes a entes de control como el Ministerio de Salud y Protección Social a través del aplicativo SIHO, Secretaria Departamental de Salud el Decreto 2193/2004, a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca mediante el aplicativo de SIA OBSERVA y SIA CONTRALORIAS, Departamento Administrativo de la Función Pública y a la Contaduría General de la Nación.

Auditorías Internas de Control Interno: Durante el mes de Diciembre/2024 el Comité de Coordinador de Control Interno se reunió y recibió informe general del comportamiento de las auditorías internas que se realizaron a los diferentes procesos durante la Vigencia 2024, resultado que no fue tan alentador.

Auditorías Externas: Para este periodo (Septiembre - Diciembre)/2024, la entidad recibió auditorías externas de las diferentes aseguradoras con los que se tienen contrato, de las cuales se han derivado observaciones y se han implementado acciones de mejora, con el fin de corregir las fallas detectadas, todos los soportes de dichas visitas y acciones de mejora reposan en el área de calidad.

Durante este periodo se recibieron los Informes Preliminares y Definitivos de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca sobre las Auditorías realizadas a la Revisión de la Cuenta Vigencia 2023 y al Cierre Fiscal Vigencia 2023, de los cuales se derivaron dos (2) hallazgos en la Auditoria de Revisión de la Cuenta, en la Auditoria de Cierre Fiscal no quedaron hallazgos, se realizó la respectiva rendición suscribiendo el plan de mejora.

Rendición de Informes a Entes de Control: Para este periodo (Septiembre - Diciembre)/2024 la entidad ha rendido los diferentes informes a las entidades respectivas en los tiempos definidos por los entes de control, se cuenta con todos los soportes.

Planes de Contingencia y Publicaciones: Para este periodo (Septiembre - Diciembre)/2024) se realizó un Plan de Contingencia que fue el de la Temporada Decembrina, este fue enviado a las diferentes entidades que los solicitaron y publicados en los canales de comunicación interno (grupos de WhatsApp).

En la Prestación del Servicio: Los servicios ofertados están 100% habilitados según normatividad vigente. Desde la Gerencia del Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E., permanentemente se hacen acercamientos con los representantes legales de la diferentes EPS, con el fin de ofertar los diferentes servicios que se tienen habilitados dentro de la Institución y también se les solicita que contraten con UPC vigentes.

Plan de Mantenimiento Hospitalario: Para este periodo (Septiembre - Diciembre)/2024) con referencia a este tema se ha estado ejecutando con el Mantenimiento Preventivo y Correctivo de los Equipos Biomédicos, en la Infraestructura se han venido realizado algunas adecuaciones que son necesarias para una buena prestación de los servicios en la en la sede de Dagua, Puestos de Salud del Queremal y Borrero Ayerbe.

También se deja claridad que la Institución esta cumplimiento con el 5% del total del presupuesto aprobado para el rubro de mantenimiento hospitalario.

RECOMENDACIONES

Se realizan nuevamente recomendaciones, con el fin de que sean tenidas en cuenta para el siguiente en la Vigencia 2025, y estas sean socializadas con los lideres de procesos que están involucrados en estas actividades:

- Realizar el Mapa de Riesgos de Corrupción.
- Implementar para el Primer Trimestre de la Vigencia 2025 el Programa de Transparencia y Ética Pública, el cual reemplazaría el Plan Anticorrupción, dicho programa es obligatorio implementarlo e todas las entidades públicas.
- Gestionar la implementación de las Tablas de Retención Documental.
- Gestionar el usuario del SUIT Sistema Único de Información y Trámites y establecer estrategias que permitan disminuir la tramitología en los trámites que se realizan en la Institución.
- Actualizar de manera URGENTE la Política de Administración del Riesgo.
- Realizar la gestión pertinente para que se termine con la implementación del software de ventanilla única.
- Realizar la publicación de informes permanentes y actualizados, noticias, estrategias y demás requerimientos en la página web institucional, dando cumplimiento a la normatividad vigente respecto a Transparencia y Acceso a la Información Ley 1712 de 2014.
- Fortalecer los canales de comunicación institucional, que sean más dinámicos y efectivos, tales como la página web, las carteleras y la misma oficina del SIAU.
- Realizar la actualización del mapa de riesgos a la vigencia 2025.


HOSPITAL LOCAL
José Rufino Vivas E.S.E.
NIT. 800.305.496.9
ANGELICA MARIA VELASQUEZ
Asesora de Control Interno