



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Auditoría: Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano.

Fecha: Informe de seguimiento correspondiente al 31 de Agosto de 2017

NOMBRE DEL PROCESO: Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano año 2017

OBJETIVO: Verificar el cumplimiento de las acciones propuestas en el plan de anticorrupción y de atención al ciudadano de acuerdo con la Ley 1474 de 2011 y acatando la metodología definida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

ALCANCE: Inicia con la verificación de la elaboración del plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y termina con la evaluación del cumplimiento de las acciones propuestas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2017
- Publicaciones en la intranet y en la página web
- Matriz de riesgos de corrupción
- Código de ética y de buen gobierno
- Plan de capacitación institucional
- Evaluación plan de acción
- Procesos y procedimientos
- Rendición de cuentas
- Planes de mejoramiento
- Plan de capacitación
- Informes de quejas y reclamos

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL INFORME: Septiembre de 2017



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

COMPONENTE 1. GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

Revisada la Gestión de Riesgos de corrupción se encuentra que fueron ejecutadas las siguientes actividades:

- La Oficina de Planeación informa que se tiene publicada en la intranet la Política y el Programa del Gestión del riesgo ajustados y articulados con los lineamientos de la ISO 31000.
- En el programa de administración del riesgo se publicó en la intranet la presentación sobre gestión del riesgo como apoyo a la socialización de la política y el programa, en las reuniones administrativas y de despliegue de cada una de las áreas de la institución.
- El riesgo es dinámico y pueden aparecer nuevos riesgos o cambiar de prioridad los existentes, es por esto que se viene trabajando en revisar los riesgos identificados en los procesos, se está mejorado su descripción y diferenciando las causas y las consecuencias para hacer una pertinente identificación del riesgo, dado que esta es una etapa clave para verificar que los controles implementados, también se está haciendo una nueva valoración y revisión de controles.
- Se identificaron los procesos más vulnerables de materializarse los riesgos de corrupción. Se entregaron a cada líder responsable y se ubicaron de una manera visible en la carpeta compartida de la intranet, en cada una de las matrices de riesgos de las matrices de riesgos de los procesos vulnerables para que se realice su control, seguimiento y monitoreo.
- Se publicó en la intranet la presentación Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano como apoyo a la socialización de los riesgos de corrupción, en las reuniones administrativas y de despliegue de cada una de las áreas de la institución.
- Después de referenciación con el Grupo empresarial Tigo-Une se socializó con el Comité de Gerencia una propuesta de implementación de una Línea de transparencia o Línea Ética, se está estudiando la propuesta y revisando su viabilidad. monitoreo.
- Es importante mencionar la importancia del conocimiento por todos los funcionarios de las tres líneas de defensa frente a la



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

gestión de los riesgos en general y específicamente de para mitigar los riesgos de corrupción en la institución.

- Se actualiza el seguimiento del Plan Anticorrupción a la fecha de Está pendiente actualizar el seguimiento a los riesgos de corrupción.
- Se tiene dispuesta la herramienta de medición del índice de madurez de riesgo en la institución, para ser implementada en el último trimestre del año.
- Se recomienda continuar fortaleciendo la cultura de gestión de riesgos en la institución, lo que implica un mayor despliegue, socialización y participación.
- La Oficina de Control Interno recomienda definir estrategias específicas de seguimiento periódico a los riesgos de corrupción en los diferentes procesos y desde el comité coordinador de control interno, que permita establecer la solidez y efectividad de los controles, el plan de tratamiento propuesto y la mitigación de nuevos riesgos.

COMPONENTE 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.

En el marco de la estrategia Antitrámites, se realizaron las siguientes actividades:

- Se tiene dispuestos el formulario en la página web para solicitar citas de médico especialista al 31 de agosto del 2017 se habían recibido 530 solicitudes de citas y se asignaron el 73% es decir 387 citas. Con una oportunidad de 1,18 días. Las citas no asignadas se debe a que no hay contrato con el asegurador, no le sirve el día o la hora, no se pudo contactar al paciente, no se contaba con la especialidad. Desde el mes de junio se puso a servicio de los ciudadanos las citas web de imagenología, al 31 de agosto se habían solicitado 11 y se habían asignado 5 con una oportunidad del 0,45 días.
- Las citas web se tienen promocionadas a través de la página web y el perfil de Facebook, de acuerdo con la encuesta de satisfacción el 91% de las personas se enteraron del servicio por la página web.

- Se realizó la medición de la satisfacción de la asignación de citas vía web para medicina especializada la cual fue del 94% y se comenzó con la medición en el mes de agosto para los servicios de imagenología el cual arrojó un 100%.
- Se actualizó en el aplicativo del Sistema Único de Información de Trámites - SUIT la información en el ítem canal de atención vía página web de los tramites de RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS y ASIGNACIÓN DE CITA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, se envió solicitud de aprobación de la actualización de los servicios, se aprobó por parte del SUIT la actualización de solicitud de cita en página web del servicio de ASIGNACIÓN DE CITA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, está pendiente de aprobación el servicio de RADIOLOGIA E IMÁGENES Diagnosticase actualizó en el aplicativo del Sistema Único de Información de Trámites - SUIT la información en el ítem canal de atención vía página web de los tramites de RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS.

COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS.

- Se programó y se realizó reunión de planeación de la rendición de cuentas del informe de gestión de 2016, según acta del 01-02-2017.
- Se recopiló toda la información necesaria para las presentaciones de las audiencias públicas de rendición de cuentas según los públicos de interés. Con la oficina de comunicaciones se presentaron propuestas para los contenidos y diseños de las piezas comunicacionales.
- La presentación se publicó en la página web en los tiempos establecidos. <http://www.hgm.gov.co/index.php/gestion-institucional/planeacion-gestion-y-control/informes-de-gestion>.
- Se diseñaron y se enviaron por correo electrónico, perfil Facebook, pagina web y se entregaron volantes en invitación personalizada. Se ubicaron además afiches en carteleras Institucionales y lugares públicos como parroquia Perpetuo Socorro y CC Almacentro.



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

- Se publicó en la página de la Supersalud la fecha, hora y lugar de la audiencia pública en los tiempos establecidos.
- La audiencia pública se realizó el 14 de marzo, en el auditorio de la salud a las 2:00 pm.
- Se realizó la evaluación al finalizar la audiencia pública.
- La presentación se publicó en la página web en los tiempos establecidos. <http://www.hgm.gov.co/index.php/gestion-institucional/planeacion-gestion-y-control/informes-de-gestion>.
- El plan anticorrupción y atención al ciudadano ha sido incorporado al plan de despliegue semanal del SGIC.
- Se presentan los avances de los diferentes proyectos del plan de acción, de manera sistemática en las fechas establecidas.
- Se publicaron novedades institucionales, pensamiento general, e intranet.
- Se cuenta con una carpeta compartida de Calidad donde reposa la información con la ruta T: Calidad\Atención al Usuario\Rendición de Cuentas.

COMPONENTE 4. ATENCIÓN AL USUARIO.

Revisado el componente de Atención al Usuario se verifican las evidencias del cumplimiento de las siguientes acciones:

- La actividad del despliegue del sistema de atención al usuario se está realizando de manera sistemática de acuerdo con el plan de despliegue semanal, con la programación desde Proyección Humana para la inducción y reinducción (virtual o presencial) y otras jornadas, y a solicitud de las áreas.
- Se envía la información consolidada a los líderes de manera sistemática en los tiempos establecidos.
- Se publica y se mantiene actualizada la información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, Ley 1712 de 2014, en diversos formatos. Al 31 de Agosto se tenía un 100 % de la información actualizada. El acumulado del año es del 97%.



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

- El proceso tiene dos indicadores mediante los cuales se lleva la trazabilidad a la oportunidad de la respuesta a las expresiones de los usuarios: Proporción de reclamaciones respondidas dentro de los tiempos y Promedio de tiempo de respuesta a reclamos y sugerencias. Sobre estos indicadores a 31-08-2017 se tiene que:
 - En promedio el 77,95% de las reclamaciones fueron respondidas dentro de los tiempos.
 - Se dio respuesta en 8,65 días en promedio a los Reclamos y Sugerencias presentados por los usuarios.
- Al 31 de agosto se encontraba en proceso pre contractual el nuevo contrato de señalización, específicamente en la evaluación de ofertas, de cinco instituciones invitadas a participar se presentaron tres: Nomenclatura, Vallas y Avisos y Zerial.
- Al 31 de agosto se han atendido en el chat 12528 consultas ciudadanas, lo que representa un 91% de los contactos de usuarios a través del chat, para una satisfacción del 96%. En cuanto a contenidos y temas de las consultas el 64% tiene que ver con temas misionales.
- Se realizó reunión con el gerente con el fin de acordar la fecha para asamblea de la asociación, quedando programada para el 12-07-2017. Una semana antes fue necesario cancelarla ya que todas las integrantes de la junta directiva sufrieron crisis de salud. A 31-08-2017, solo se ha reintegrado la vicepresidenta. Se espera en septiembre reprogramar asamblea.
- Se continuará con la estrategia para la convocatoria, realizar invitación personalizada en los grupos de las distintas capacitaciones que está brindando el municipio a la comunidad y al Copaco.
- Se tiene para realizar en las próximas reuniones, una vez la junta directiva de la asociación reinicie sus actividades, la socialización de la Resolución 2063 de 2017, política de participación social en salud.
- El Hospital ha implementado estrategias donde invita a los funcionarios y colaboradores a trabajar la Cultura a través de los valores institucionales entre ellas se tienen:
 1. Tips
 2. Descansa Pantalla.
 3. Muros donde todos los días contemos como se viven los valores en el Hospital "Todos los días vivo los Valores"



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

4. Concurso.

5. Mensajes alusivos a la Cultura

6. Afiches

7. Aviso backing

8. Charlas sobre los valores dictadas por Psicóloga de SURA.

Actualmente ya se han desplegado tres valores: Responsabilidad, Respeto y vocación del servicio.

Dentro del Plan de trabajo de Grupo de Humanización se tiene varios ítems que apuntan al cliente interno:

1. Segunda Feria de Humanización: Realizada en el mes de agosto que tiene como objetivo integrar a todos los funcionarios y colaboradores en función de las líneas del programa.

2. Actividades de Bienestar Laboral: estas actividades son realizadas por la Auxiliar de enfermería del grupo de Humanización, encontrando que han causado mayor impacto la celebración de los cumpleaños de los funcionarios y colaboradores, acompañamiento en el fallecimiento de familiares, acompañamiento a funcionarios con incapacidades mayores a quince (15) días y sensibilización mediante charlas cortas en los servicios.

3. Indicadores: mediante el instrumento de evaluación del programa de Humanización se hace seguimiento al cumplimiento de los indicadores dentro de los cuales se encuentra el que mide el cumplimiento de la realización de las actividades del periodo con corte a agosto del 100%.

El indicador de proporción de usuarios satisfechos de enero a agosto es del 99,32%. La medición anual se realizará a mediados de septiembre. Esta actividad se realiza de manera sistemática en las fechas establecidas.

COMPONENTE 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.

Revisado el componente de Transparencia e Información se verifican las evidencias del cumplimiento de las siguientes acciones:

- En el bimestre enero - febrero del total de requerimientos de información (1307) 1125 fueron atendidos oportunamente, es decir el 85,15% del total de solicitudes. 182 requerimientos de información no fueron atendidos oportunamente, es decir el 14,385%. En el bimestre marzo - abril del total de requerimientos de información (1107) 1007 fueron atendidos oportunamente, es decir el 91,115% del total de solicitudes. 100 requerimientos de información no fueron atendidos oportunamente, es decir el 9,29% del total y reclamos. En el bimestre mayo- junio del total de requerimientos de información (1151) 960 fueron atendidos oportunamente, es decir el 83,40% del total de solicitudes. 191 requerimientos de información no fueron atendidos oportunamente, es decir el 16,60 del total. En el bimestre julio- agosto del total de requerimientos de información (1246) 987 fueron atendidos oportunamente, es decir el 79,21 del total de solicitudes. 259 requerimientos de información no fueron atendidos oportunamente, es decir el 20,79% del total.
- El Registro de Activos de Información fue aprobado en comité de archivo, se normalizo y publicó en la intranet y pagina web.
- El esquema de publicación de la información fue aprobado en comité de archivo, se normalizo y publicó en la intranet y pagina web.
- El índice de información clasificada y reservada fue aprobado en comité de archivo, se normalizo y publicó en la intranet y pagina web.
- Se tiene habilitada la sección accesibilidad en la página web donde están los link para ingresar a la herramienta ConVerTic y el Centro de Relevos. Se monitorea permanentemente que los link estén funcionando.
- De los seis documentos que debe publicar y actualizar Gestión Documental como son:



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Las Tablas de Retención Documental y el Cuadro de Clasificación Documental se encuentran en proceso de modificación por parte del personal técnico de gestión documental en atención a los requerimientos realizados por el Consejo Departamental de Archivos en el mes de julio de 2017.

El Programa de Gestión Documental se encuentra totalmente actualizado, aprobado por el comité interno de archivo, publicado en la intranet, el borrador de la resolución de adopción por el HGM, fue enviada a la oficina de asesoría jurídica.

El Registro de Activos de Información, el Índice de Información Clasificada y Reservada y el esquema de Publicación de Información, fueron aprobados en comité de archivo, fueron normalizados y publicados en la intranet y en la página web, el borrador de la resolución de adopción por el HGM, fue enviada a la oficina de asesoría jurídica.

- Se publica y se mantiene actualizada la información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, Ley 1712 de 2014, en diversos formatos. Al 31 de agosto se tenía un 100 % de la información actualizada. El acumulado del año es del 97%.

Elaboró: María Janeth Agudelo Arango – Profesional de Control Interno.

Aprobó: Carlos Uriel López Ríos – Asesor de Control Interno.

Hospital General de Medellín, septiembre de 2017.