



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN  
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

**Auditoría: Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano. Fecha. Agosto 31 de 2016**

**NOMBRE DEL PROCESO:** Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano año 2016

**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 2016
- 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 2016



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:

- De acuerdo con programación en reuniones de despliegue semanales se viene socializando el tema de la política de riesgos, la gestión integral de riesgos incluidos los riesgos de corrupción; el tema de riesgos se trabaja desde MECI, y es uno de los ejes transversales de la Acreditación, adicionalmente el Plan de anticorrupción y de atención al ciudadano se viene socializando en las diferentes reuniones de despliegue.
- En el mes de agosto de 2016 la Junta Directiva autorizó nombrar un Gestor de Riesgos, que apoyará la Gestión integral de riesgos en la institución incluido el sistema de riesgos del lavado de activos y financiación del terrorismo, los riesgos de corrupción y de fraude.
- Dentro de las prioridades del plan de trabajo del Gestor de Riesgos está la integración de los riesgos de corrupción a los procesos más vulnerables, donde se pueden materializar dichos riesgos o desde los procesos en que se pueda identificar su ocurrencia.
- La Oficina de Control interno de manera independiente y ejerciendo el control de segundo orden evalúa los riesgos de corrupción y conceptúa que éstos mantienen un riesgo residual bajo para la Institución.
- La Oficina de Control Interno recomienda definir estrategias específicas de seguimiento periódico a los riesgos de corrupción en los diferentes procesos que permita establecer la solidez y efectividad de los controles, el plan de tratamiento propuesto y la mitigación



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN  
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

de nuevos riesgos.

- La medición de un nuevo índice de madurez del riesgo institucional está pendiente de ejecución.

### **COMPONENTE 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.**

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

- Se diseñó un formulario para solicitar citas con médico especialista vía web, el cual inició en el mes de abril de 2016, hasta el mes de agosto se habían recibido 108 solicitudes. Se tiene un banner en la página web y la portada de facebook con la promoción del servicio.
- Se estructuró una encuesta para medir la satisfacción del canal de asignación de citas con especialista vía web durante la operación en sus primeros 4 meses.
- Los nueve servicios que registro el Hospital en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT siguen vigentes, no se ha requerido ninguna actualización.

### **COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS.**

Revisada la rendición de cuentas se encuentra que fueron ejecutadas todas las actividades de esta estrategia en los primeros meses del año 2016.



## SEGUIMIENTO

## CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

- Se realizó reunión de planeación de la rendición de cuentas del informe de gestión, según acta del 10-02-2016, se recopiló toda la información necesaria para las presentaciones de las audiencias públicas de rendición de cuentas según los públicos de interés. 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 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", se publicó en la página de la Supesalud la fecha, hora y lugar de la audiencia pública en los tiempos establecidos, la audiencia pública se realizó y con la respectiva evaluación de ésta.
- La presentación sistemática de los avances de los diferentes proyectos del plan de acción por parte de los líderes, esta actividad se realiza de manera sistemática en las fechas establecidas, de las audiencias públicas no se presentaron oportunidades de mejora que deban ser objeto de seguimiento. Se cuenta con una carpeta compartida de Calidad donde reposa la información con la ruta, para evidencias de todas las acciones que hacen parte del proceso de 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:

- El sistema de atención al usuario se continúa desplegando a través de estrategias como: despliegue de la reunión semanal, en el módulo de la inducción virtual, a través de la inducción presencial.
- Se hizo la adecuación del área de la oficina de Atención al usuario garantizando condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención a los usuarios. Se entregó la oficina dotada y con las especificaciones necesarias para su adecuado



## SEGUIMIENTO

## CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

funcionamiento.

- Se envía sistemáticamente la información consolidada del SIAU a las diferentes partes interesadas, para su gestión y articulación con el modelo de mejoramiento institucional Se envía semanalmente el informe del SIAU a directores y líderes de procesos.
- Se realiza seguimiento mensual a los indicadores de oportunidad en la respuesta a quejas y reclamos, el cual viene mostrando un mejoramiento permanente, el indicador de oportunidad en el bimestre de julio-agosto de 2016 fue del 92% de oportunidad.
- Con respecto a la actividad de concluir el proyecto de señalización institucional para favorecer las condiciones de acceso de los usuarios a las diferentes áreas y servicios de la institución, este año se han señalado: Urgencias Pediátricas, Gestión Documental, Docencia Servicio, los pisos 9, 7, 6, 5 y 4 sur, Ginecobstetricia área adecuada, Calderas, Urgencias adulto área adecuada, los pisos 11, 10, 8 y 6 sur. Al 31 de agosto se tienen el 85 % de los pisos señalizados.
- El proyecto de adecuación del servicio de urgencias está avanzado en más de un 90%, está prevista su entrega para el mes de septiembre de 2016, con la terminación de éste proyecto se mejora significativamente la atención de usuarios en este servicio.
- Para facilitar la comunicación de los usuarios en tiempo real se puso en funcionamiento un chat, el cual al 31 de agosto se habían recibido 1057 chat de los cuales 939 fueron efectivos es decir hubo retroalimentación, esto representa que el 89 % de los Chat son exitosos. 18% de los Chat nos retroalimentan sobre el servicio y de estos el 92% lo calificaron como bueno o excelente. 50 % de los Chat obedecen a temas misionales.
- Para favorecer a los funcionarios y estimular una atención al usuario humanizada, se realizó la Feria de la Humanización el día 22



## SEGUIMIENTO

## CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

de agosto de 2016, la cual tuvo como objetivo principal instaurar el día de la humanización y promover la participación de los funcionarios en la sensibilización y búsqueda de estrategias para hacer del proceso de atención una experiencia más humana. Se presentaron 19 propuestas que fueron exhibidas durante todo el día y evaluadas por un jurado externo con una premiación a los tres primeros lugares.

- Desde el plan de capacitación se continúa fortaleciendo la atención al ciudadano con temas como: comunicación asertiva del personal de admisiones y facturación con el apoyo de Protección, a la fecha se han capacitado 20 auxiliares administrativas (Facturadores), 4 camilleros, 2 técnicas área salud (trabajadoras sociales). El SENA Actualmente se encuentra certificando por competencias 54 Auxiliares de enfermería y formando a 19 Auxiliares Administrativas en la Tecnología de Gestión por proceso Administración en Salud con un módulo de “Atención y Orientación al Usuario.
- El procedimiento de medición de la satisfacción del usuario fue revisado y ajustado, se actualizó la muestra representativa por servicio, se actualizó la encuesta con base en la información solicitada por la resolución 256 de 2016 (Sistema de información para la calidad), cada mes se envía el informe de satisfacción a las partes interesadas. Durante el mes de agosto de 2016 la satisfacción del usuario fue del 98,35%

### **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 componente transparencia de la información se elaboró la matriz con la información a publicar, la matriz se envió a los responsables desde la oficina de calidad y planeación, se creó en la página web la sección de "Transparencia y Acceso a la información pública", de acuerdo con cronograma. URL: <http://www.hgm.gov.co/index.php/transparencia-y-acceso-a-la->



## SEGUIMIENTO

## CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

[informacion](#). De acuerdo con la matriz de información a publicar y la gestión realizada el indicador es del 100% de la información publicada. De acuerdo al Decreto 103 de 2015, Artículo 52 el Hospital tiene publicado en la página web el informe consolidado de solicitudes de información, donde se relacionan las solicitudes recibidas, las trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta dado a cada solicitud y el número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información. Este informe es publicado cada seis meses, es decir, el 30 de enero y el 30 de julio de cada año.

- Se tiene actualizado el inventario de activos de información relacionado con la parte documental. Se está revisando la normatividad para ajustar el informe. Se realizarán ajustes relacionados con la norma Iso 27000 seguridad de la información. El inventario de activos de información (archivos documentales - Central) se tiene actualizado a la fecha y el proceso de hace de manera sistemática a medida que se van realizando las transferencias documentales.
- Se valida el funcionamiento para el servicio de la comunidad la línea telefónica 384 73-00 extensión 1813, disponible en horas hábiles, la línea gratuita nacional 01 8000 411124, disponible 24 horas, la línea telefónica local, disponible 24 horas, están registrando la información de quejas y reclamos, se ha verificado el cumplimiento del proceso de quejas y reclamos de la institución. Adicionalmente los siguientes correos electrónicos están disponibles y han sido utilizados por nuestros usuarios:  
[atencionalusuario@hgm.gov.co](mailto:atencionalusuario@hgm.gov.co), [contacto@hgm.gov.co](mailto:contacto@hgm.gov.co)

Carlos Uriel López Ríos  
Asesor Control Interno

Preparó: José Heriberto Vargas Lema  
Profesional de Control Interno.  
Septiembre 15 de 2016.