

PRIMER SEGUIMIENTO

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Periodo evaluado del 01 de enero a 30 de abril de 2019

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
1. SEGUIMIENTO Y CONTROL	3
2. ELEMENTOS ESTRATEGICOS	3
3. OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO	4
4. ALCANCE	4
5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	4
6. COMPONENTES	5
6.1. Identificación de Riesgos de Corrupción y acciones para su manejo.....	5
6.2. Seguimiento del mapa de riesgos de corrupción:.....	7
6.3. Estrategia Antitrámites.....	12
6.4. Rendición de cuentas	13
6.5. Mecanismos de Atención al Ciudadano.....	19
6.6. Transparencia y Acceso a la Información.....	21
7. PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO	25
8. DEBILIDADES ENCONTRADAS	26
9. RECOMENDACIONES	30
10. CONCLUSIONES.....	30

PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO 2019

INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander (ESE HUS), en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto Nacional 2641 de 2012, artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción, como ente evaluador independiente, en aras de fortalecer el trabajo institucional, de dar un marco de referencia para el buen gobierno, ha verificado el respectivo cumplimiento de las estrategias Anticorrupción y de atención al ciudadano y el seguimiento y control de las acciones a 30 de abril de 2019, según lo dispone el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano que se aprobó el 31 de enero de 2019, en el cual se definen medidas orientadas a desarrollar una gestión transparente e íntegra de frente a la ciudadanía, a través de acciones para la prevención y la eliminación de actos de corrupción y a la efectividad del control de la gestión institucional.

En materia de lucha contra la corrupción, con el propósito de orientar la gestión hacia la eficiencia y transparencia; y dotar de más herramientas a la ciudadanía para ejercer su derecho de controlar la gestión que realicen las entidades del Estado; la oficina Asesora de Control Interno realizó el respectivo seguimiento a las estrategias instauradas por la Administración, conforme a los procesos institucionales, en torno al cumplimiento de las metas enmarcadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

1. SEGUIMIENTO Y CONTROL

El seguimiento y el control a las acciones contenidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, es adelantado por la Oficina Asesora de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander, donde se publicó en la página web de la Entidad los resultados de dichas acciones en el periodo de enero a abril de 2019.

2. ELEMENTOS ESTRATEGICOS

La Gerencia de la ESE Hospital Universitario de Santander tiene definido y promulga en su página web para conocimiento de la comunidad en general el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

Los funcionarios tienen conocimiento y conciencia de la aplicación de los valores éticos institucionales en miras de brindar un mejor servicio a la población

La Gerencia está pendiente del seguimiento a los funcionarios en cuanto a la Atención y servicios a los ciudadanos.

Existe buzón de sugerencias físico y en la página web para las inquietudes y reclamos de la comunidad hospitalaria.

3. OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO

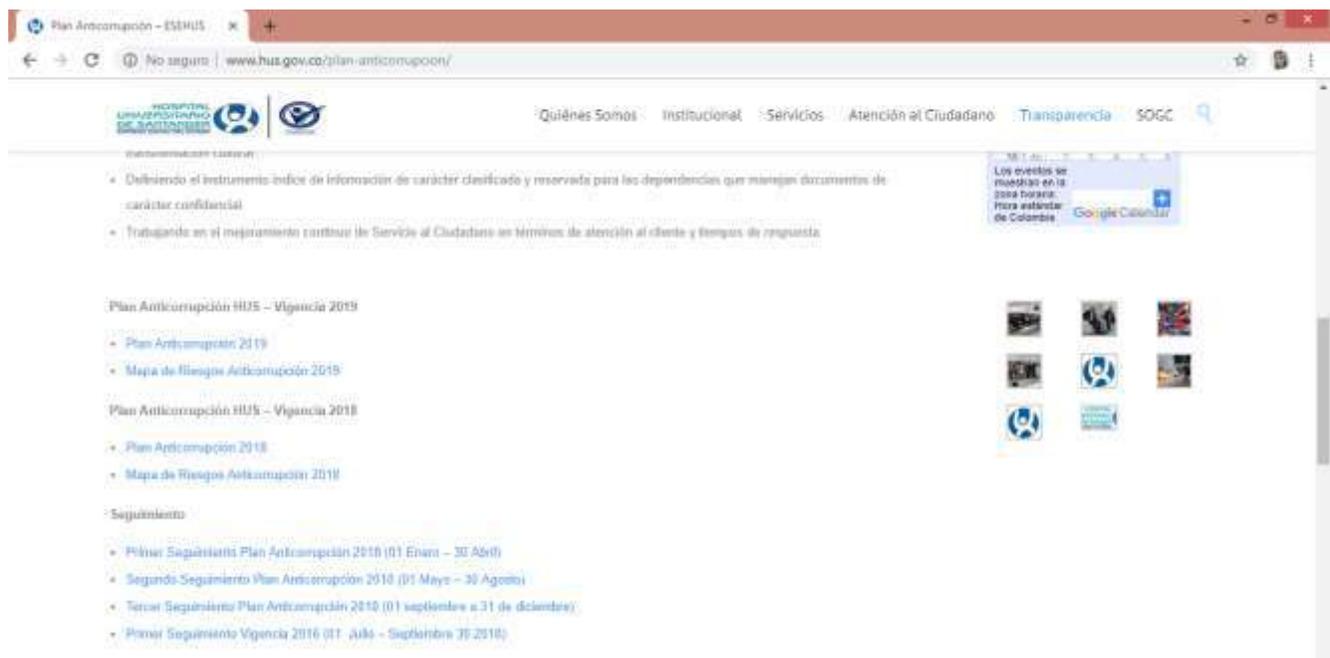
- Establecer el nivel de cumplimiento de las acciones propuestas en el Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano del ESE HUS.
- Verificar el cumplimiento de los estándares y parámetros establecidos dentro del Plan
- Identificar las acciones de mejora necesarias para dar cumplimiento a todas las acciones propuestas y a los estándares exigidos.
- Dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente, ley 1474 de 2011 y decreto reglamentario 2641 de 2012.

4. ALCANCE

En el presente seguimiento se hace revisión del cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la ESE HUS en cada uno de sus cinco componentes con los diferentes líderes de los procesos involucrados.

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

El Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano implementado por la ESE HUS fue publicado en la página web de la entidad de acuerdo con los lineamientos establecidos en el decreto 2641 de 2012 en el párrafo transitorio del artículo 7º, actualizado en el 2019. Fue elaborado por cada uno de los líderes de los procesos involucrados, la consolidación y seguimiento de las acciones establecidas en el plan está a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno.



6. COMPONENTES

6.1. Identificación de Riesgos de Corrupción y acciones para su manejo.

La ESE HUS cuenta con una política de administración de riesgos, la cual se centra en la identificación, análisis y valoración de los riesgos a nivel de cada proceso e institucionalmente.

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción	Realizar talleres de divulgación de la Política de Administración de Riesgos	2 Talleres	Desarrollo Institucional	2019-02-01	2019-06-30	La política se encuentra en actualización	0%	ATRASADA
	Realizar actualización a la política de administración del riesgo, según resultado de los talleres realizados	1 Ajuste	Desarrollo Institucional	2019-04-01	2019-06-30	No aplica para el periodo evaluado	0%	SIN INICIAR
	Divulgar la política de Gestión del Riesgo actualizada	Correos electrónicos Prensa HUS	Desarrollo Institucional	2019-07-01	2019-08-30	No aplica para el periodo evaluado	0%	SIN INICIAR
2 Actualización del Mapa de Riesgos de Corrupción	Revisar en coordinación con los Subgerentes, Jefes de Oficina la actual matriz de Riesgos de Corrupción y establecer si es necesario actualizarla.	Mapa de Riesgos de Corrupción HUS	Líderes de procesos	2019-01-15	2019-12-30	Se revisó con los líderes de proceso los mapas de riesgos y se modificaron los controles. Se creó el mapa de riesgos para consulta externa y nutrición.	35%	EN DESARROLLO
	Consolidar el Mapa de Riesgos de corrupción	Mapa de Riesgos de Corrupción HUS	Desarrollo Institucional	2019-01-22	2019-01-31	Se consolidó el mapa de riesgos con la información recibida.	100%	TERMINADA

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
3. Consulta y divulgación	Poner a consideración de los actores externos de la entidad el Mapa de Riesgos de Corrupción	Pantallazo de la publicación del mapa de riesgos para observaciones	Desarrollo Institucional	2019-01-22	2019-02-28	Se diseñó un formulario para que los ciudadanos puedan enviar sus sugerencias sobre el plan de riesgos anticorrupción.	100%	TERMINADA
	Realizar la publicación del Mapa de Riesgos de corrupción actualizado en la página web del HUS	Mapa de Riesgos de Corrupción HUS publicado	Desarrollo Institucional	2019-01-30	2019-01-31	Se publicó en la página de la ESE HUS el mapa de riesgos actualizado	100%	TERMINADA
4. Monitoreo o revisión	Presentar informe trimestral del avance sobre las acciones de mitigación de los riesgos a la Oficina de Control Interno y aplicar ajustes, en caso que lo requieran	3 Informes de seguimiento a mapa de Riesgos de Corrupción	Subgerentes Jefes de oficina	2019-01-01	2019-12-31	Se ajustaron los controles para que los jefes de oficina tengan una forma de medir los riesgos	20%	EN DESARROLLO
5 Seguimiento	Realizar el análisis de la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos de corrupción, en el proceso de auditoría de acuerdo al Plan Anual de Auditorías	Informes de auditoría	Control Interno	2019-01-01	2019-12-31	Se realiza seguimiento al diseño de los controles descritos en los mapas de riesgos de corrupción	30%	EN DESARROLLO
	Realizar publicación al seguimiento del mapa de riesgos de corrupción en la página web del HUS	Informe de seguimiento publicado	Control Interno	2019-04-10	2019-12-31	Se publica informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano que incluye el seguimiento al mapa de riesgos de corrupción.	30%	EN DESARROLLO

Fuente: Informe avances Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Entregado por Desarrollo Institucional

6.2. Seguimiento del mapa de riesgos de corrupción:

En este periodo se realizaron ajustes a los controles del mapa de riesgos de corrupción con los siguientes resultados:

ÁREA RESPONSABLE	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL	ACCIÓN
Jurídica	Indebida generación de soportes y evidencias que amparen el cobro de la ejecución contractual por parte de los supervisores de los procesos contractuales	ALTO	Actas de supervisión e interventoría de contratos	MODERADO	<p>P: Planear la generación de soportes y evidencias de la ejecución contractual previo a la generación del pago</p> <p>H: Generar informes de supervisión previo a la radicación de soportes durante la ejecución contractual</p> <p>V: Verificar que la generación de los soportes se haga dentro del término de la ejecución contractual</p> <p>A: Actuar de acuerdo a la normativa vigente en caso de incumplimiento contractual.</p>
Jurídica	Incorrecto otorgamiento de anticipos y mal manejo de su inversión	ALTO	Seguimiento a la normativa vigente en materia de contratación y manual de contratación. Lista de chequeo en materia de contratación	MODERADO	<p>P: Planear durante la etapa precontractual el procedimiento y cronograma de obra definiendo también, si es viable el otorgamiento de anticipos según la normativa vigente</p> <p>H: Hacer seguimiento al procedimiento efectuado para la asignación del anticipo y el plan de manejo del mismo.</p> <p>V: Verificar el otorgamiento de anticipo de acuerdo a lo planeado en la etapa precontractual</p> <p>A: Exigir informes por parte de la supervisión e interventoría de obra sobre el manejo de anticipo y cumplimiento al cronograma de obra.</p>
		ALTO	Supervisión y seguimiento por parte de la interventoría de cada contrato a los anticipos otorgados, se debe informar de este por medio de informes mensuales y trimestrales.	MODERADO	<p>P: Planear durante la ejecución contractual seguimiento al cronograma de obra y correcta inversión del anticipo</p> <p>H: Hacer seguimiento al cronograma de obra y al plan de manejo de anticipo a través de la supervisión e interventoría del contrato.</p> <p>V: Verificar en conjunto con la supervisión e interventoría del contrato el cumplimiento al plan de inversión del anticipo</p> <p>A: Actuar conforme a la normativa vigente frente a las posibles anomalías que se puedan reportar desde la supervisión e interventoría frente a la correcta inversión del anticipo</p>

ÁREA RESPONSABLE	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL	ACCIÓN
Ambiente físico	Hurto de bienes de la ESE	Alto	1. El personal de vigilancia realizará diariamente la revisión cada vez que ingresen y salgan los visitantes, teniendo de referencia el Manual de Procedimiento e instrucción con el fin de evitar la pérdida o hurto de bienes. En caso de evidenciar la pérdida o hurto el vigilante realizará el registro en la bitácora e informa inmediatamente al supervisor y al profesional universitario de servicios básicos. Como evidencia se tiene la bitácora de novedades de ingreso y salida de usuarios.	MODERADO	P Realizar sensibilización del procedimiento para ingreso de elementos a la ESE
			2. El Profesional universitario de servicios básicos realizará mensualmente la revisión del circuito cerrado de cámaras de la ESE HUS con el fin de verificar su correcto funcionamiento. En caso de detectar fallas o ausencia de cámaras se remitirá a gerencia la novedad del estado del circuito. Como evidencia se entrega mensualmente el informe del estado del circuito cerrado.		H Socializar el procedimiento para ingreso de elementos a la ESE
			3. El Profesional Universitario Almacenista General realizará mensualmente capacitaciones sobre el procedimiento de ingreso y salida de activos con el objetivo de aplicar las buenas prácticas en el manejo de activos del HUS. En el momento de detectarse desviaciones en la adherencia del mismo, se debe programar nuevamente socialización y generar reporte. Como evidencia se entrega el informe de socialización y adherencia.		V Evaluar la implementación del procedimiento
			4. Los Profesionales universitarios de mantenimiento, servicios básicos, UFATI y almacén solicitarán las actas de ingreso y salida cada vez que se realice un traslado de equipos/activos fijos dentro y fuera de la Entidad, con el fin de realizar seguimiento a los activos fijos de la institución. En el caso de evidenciarse desviaciones se reportan al área de recursos físicos y almacén general con el fin de iniciar verificación de la situación. Como evidencia se entrega el informe de traslados de equipos y activos.	A Corregir las falencias encontradas	MODERADO
	H Socializar cronograma de inventarios a realizar				

ÁREA RESPONSABLE	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL	ACCIÓN
Ambiente físico	Hurto de bienes de la ESE	ALTO	5. El profesional de almacén general, según cronograma socializado a principio de cada año, verificará y actualizará mensualmente los inventarios de los activos fijos y sus responsables con el fin de mantener el control de los activos en las áreas o servicios. En el caso de evidenciarse desviaciones se debe reportar inmediatamente al área o servicio donde se observa la novedad, con copia al área de recursos físicos, subgerencia administrativa, gerencia y control interno. En el caso que no se ubique el activo se debe reportar a la aseguradora para iniciar trámite de siniestro (reclamación por pérdida). Como evidencia se genera mensualmente el informe responsable de activos fijos.	MODERADO	V Realizar inventario según cronograma
			6. La Subgerencia Administrativa, Financiera y Almacén realizaran anualmente el aseguramiento de activos: Póliza de manejo global. Pólizas contra todo riesgo (daños materiales combinados, corriente débil y sustracción de muebles y enseres) con el fin de proteger contra todo riesgo los bienes de la institución mediante la suscripción de pólizas de seguro y evitar la generación de perjuicios y soportar la ocurrencia de siniestros. En el caso de nuevas adquisiciones o bajas de activos se debe informar al corredor de seguros según formato Inclusión y Exclusión de la póliza de seguros. Como evidencia se tiene el certificado de póliza de seguros institucional.		A Reportar desviaciones evidenciadas
			7. Socialización permanente del código de integridad de la institución a cargo de cada líder de área, para sensibilizar a todo el personal del Hospital sobre el comportamiento y valores de los servidores públicos actuando con honestidad, respeto, compromiso, diligencia, justicia, responsabilidad y solidaridad. En el momento de detectarse desviaciones en la adherencia del mismo, se debe programar nuevamente socialización y generar reporte.		P Realizar sensibilización del código de integridad de la ESE
					H Socializar del código de integridad de la ESE
					V Evaluar la implementación del código de integridad de la ESE
					A Corregir las falencias encontradas

ÁREA RESPONSABLE	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL	ACCIÓN	
Financiera	Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto en beneficio propio o a cambio de una retribución económica	MODERADO	El Responsable del área de presupuesto cada vez que recepcione un requerimiento debe realizar revisión del objeto de la solicitud, identificando el rubro presupuestal de acuerdo al documento recibido, teniendo en cuenta el presupuesto aprobado para la vigencia, de tal forma que el rubro presupuestal asignado en el certificado de disponibilidad presupuestal expedido no desvíe los recursos en el gasto aprobado. En caso de presentarse una observación o desviación del recurso se realizan las acciones administrativas pertinentes y se registra nota en el sistema DGH.NET, liberando los recursos, y asignando el rubro presupuestal correcto. Se imprime el respectivo soporte.	MODERADO	P	Actualizar el procedimiento emisión del certificado de disponibilidad presupuestal
					H	Documentar el procedimiento emisión del certificado de disponibilidad presupuestal
						Socializar el procedimiento emisión del certificado de disponibilidad presupuestal
					V	Evaluar la adherencia del procedimiento emisión del certificado de disponibilidad presupuestal.
A	Tomar decisiones de mejora de acuerdo a lo observado					
Financieros	Apropiación de dineros públicos	EXTREMO	El profesional universitario cartera, constantemente a través del operador del proceso de cartera debe realizar las conciliaciones con las Empresas Responsables de Pago de los servicios de salud así como auditorías internas a los saldos de los terceros que conforman los pagarés, con el fin de verificar la exactitud de los saldos de los terceros que integran el estado de cartera y en caso de existir diferencias en los saldos es necesario evidenciar las causas de las diferencias y si se detectan desviaciones se debe informar a las áreas competentes.	MODERADO	P	Establecer en la contratación vigente la obligación de efectuar pagos directamente en entidades financieras aprobadas por la ESE HUS
					H	Hacer cruce de pagos con las diferentes ERP
					H	Hacer seguimiento a los pagos efectuados directamente en el hospital a través del banco
					V	Verificar los saldos de las deudas de algunos terceros
					A	Tomar decisiones de mejora de acuerdo a lo observado
Financieros	Pagos de cuentas sin el lleno de requisitos.	MODERADO	El Responsable de Tesorería, cada vez que se presente un pago de cuentas por pagar debe realizar revisión del lleno de los requisitos establecidos en la ESE HUS para el pago de las cuentas por pagar de tal forma que no existan ningún pago sin el lleno de los requisitos, realizando verificación detallada de los soportes anexos a la cuenta	MODERADO	P	Definir los requisitos para el pago de las cuentas
					H	Documentar el procedimiento causación y obligación de cuentas por pagar

			por pagar, en caso de existir auditorías internas y se detecte un pago sin el lleno de los requisitos la profesional universitario de tesorería responderá ante la oficina competente por dicha situación.		H	Socializar los procesos, procedimientos e instructivos de la Gestión Financiera
					V	Evaluar la adherencia del procedimiento causación y obligación de cuentas por pagar
					A	Tomar decisiones de acuerdo a lo observado
FARMACIA	Perdidas de productos farmacéuticos	ALTO	Los Regentes y Auxiliares de Farmacia, realizaran quincenalmente el inventario de medicamentos y dispositivos médicos asignados, para verificar las diferentes variaciones entre la existencia física y la existente en el sistema, obteniendo del sistema DGH el informe de las existencias de las diferentes bodegas una vez se ha suspendido totalmente los movimientos de inventarios tanto físico como en el sistema; en el caso de hallar diferencias, se realizar la búsqueda del faltante o sobrante entre las diferentes bodegas, dejando como evidencia el formato de control de inventarios.	MODERADO	P	Estructurar el control de préstamos e inventarios, asignado grupos de medicamentos y dispositivos médicos a Regente y Auxiliares de Farmacia.
					H	1- Asignar los diferentes grupos de medicamentos y dispositivos Médicos a Regentes y Auxiliares de Farmacia. 2- Realizar cada 15 días el inventario de la farmacia asignado a Regentes y Auxiliares de Farmacia. 3- Obtener de DGH, el informe de movimientos de préstamos realizado por la Farmacia a Servicios Asistenciales y entidades externas de salud.
					V	Supervisar y controlar el movimiento de préstamos e inventarios de medicamentos y dispositivos médicos en el periodo definido.
					A	Ajustar las desviaciones encontradas en los periodos de inventarios realizado.

Fuente: Informe avances Mapa de Riesgos – Entregado por Oficina Desarrollo Institucional.

6.3. Estrategia Antitrámites.

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
Actualizar y racionalización de tramites en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT	10 tramites actualizados en el SUIT	Desarrollo Institucional	2019-01-30	2019-12-31	Se actualizaron los trámites en el SUIT para que manejen la nueva línea de atención 6910030	50%	EN DESARROLLO
Identificar los tramites que pueden ser sujeto de racionalización	Listado de tramites para racionalizar	Comité de gestión	2019-01-30	31/06/2019	Se identificó el trámite de entrega de exámenes TSH que puede tener una racionalización tecnológica, para que pueda ser descargado en línea.	40%	EN DESARROLLO
Elaborar e implementar registros e indicadores semestrales que permitan medir los trámites con mayor frecuencia de solicitud o volúmenes de atención y con mayor tiempo de respuesta por parte de la entidad. Enviar informe respectivo al Comité Antitramites y Gobierno en Línea o su sustituto.	2 informes de los registros estadísticos de medición de tramites	Estadística Desarrollo Institucional	2019-01-30	2019-12-31	No presentaron avances	0%	ATRASADA
Identificar los trámites con mayor cantidad de quejas, reclamos y denuncias de los ciudadanos. Enviar informe semestral respectivo al Comité Antitramites y Gobierno en Línea o su sustituto.	2 informes	SIAU	2019-01-30	2019-12-31	No presentaron avances	0%	ATRASADA
Registrar en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT la estrategia de racionalización de trámites	1 estrategia publicada en el SUIT	Desarrollo Institucional	2019-01-30	2019-12-10	No presentaron avances	0%	ATRASADA

Fuente: Informe avances Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Entregado por la Oficina de Desarrollo Institucional

6.4. Rendición de cuentas

Dentro de las políticas del Hospital, se encuentra la referida al tema de comunicación, la que pretende clientes informados y fundamentalmente el favorecimiento del control social y una gestión participativa, democrática y transparente.

El gerente de la ESE Hospital Universitario de Santander, doctor Edgar Julián Niño Carrillo, invitó a la comunidad hospitalaria, a la sociedad civil y ciudadanía en general a la presentación del Informe de Gestión 2018 de la institución el 11 de abril de 2019, en el Auditorio del Hemocentro de Santander/carrera 33 # 28 - 126, a través de los distintos medios de comunicación: boletín de prensa, página web, radio, carteleras y correos electrónicos y se encuentra publicada en la página Web del Hospital.

Para esta Audiencia de Rendición de cuentas se convoca a toda la comunidad, así como a entes de la localidad para presentar ante éstos el informe de Gestión del año inmediatamente anterior y se destina un tiempo para incentivar el diálogo con la comunidad de manera que ésta presente todas sus inquietudes las cuales son resueltas en forma inmediata por el líder del proceso.

Teniendo presente las exigencias de la norma se abordarán los temas que tienen que ver con los resultados a 31 de diciembre de 2018 relacionados con:

• Gestión Financiera

Se refleja que la mayor fuente de ingresos corresponde a venta de servicios de salud de Régimen Contributivo que representa el 54,3% del total del presupuesto.

Con respecto a la variación en el presupuesto de ingresos entre 2017 y 2018, el mayor incremento en los ingresos se evidencia en la recuperación de la cartera de vigencias anteriores, al pasar de \$122 millones en 2017 a \$47.980 millones en 2018 (registrado dentro de los recursos de capital); de hecho, ha sido el valor recaudado más alto en todas las vigencias de la ESE HUS. Le siguen otros ingresos no tributarios con un 246,9% de crecimiento y las ventas de servicios de salud con un aumento del 19,2% dentro de las cuales se encuentran el rubro de régimen contributivo (54,3%), subsidiado (17,3%) y otras ventas de servicios de salud (21,8%). Finalmente se encuentra la estampilla pro-hospital con un incremento del 12,6%.

El presupuesto de ingresos se halla compuesto por la venta de servicios con un 62% de participación, seguido de los ingresos de recursos de capital (recuperación de cartera y rendimientos financieros) con un 21% de participación, transferencias y aportes con un 11% (estampillas) y otros ingresos no tributarios con un 3%.

Del total de los ingresos reconocidos se recaudó un 59%, durante la vigencia 2018 y se respaldaron la totalidad las cuentas por pagar de la vigencia anterior 2017.

Los ingresos recaudados por venta de servicios a 31 de diciembre de 2018, correspondieron al 39% de los reconocimientos, en donde el régimen subsidiado tuvo un mayor porcentaje del recaudo con el 44% frente a los reconocimientos y el régimen subsidiado con el 35%.

En cuanto al recaudo de venta de servicios a la secretaría de salud, corresponde al 15%, de los reconocimientos principalmente en la PPNA, cifras que preocupan a la Gerencia, ya que a pesar de haberse incrementado la facturación y el valor total reconocido, el porcentaje de recaudo no presentó el mismo comportamiento.

Es de anotar que la ESE HUS, durante la vigencia 2018, presentó una facturación promedio mensual de \$14.895 millones, con un reconocimiento de \$15.021 millones y un recaudo de \$5.823 millones, por venta de servicios de salud, situación que no permite alcanzar el punto de equilibrio de la entidad.

A 31 de Diciembre de 2018 los reconocimientos presentaron un incremento del 8% con respecto a la vigencia 2017, el cual estuvo incidido principalmente por las ventas al régimen subsidiado, los ingresos de estampillas y otros ingresos no tributarios.

En cuanto a los reconocimientos por venta de servicios, se presentó un incremento principalmente en el régimen subsidiado, debido al incremento de las ventas y el mejoramiento al proceso de radicación de facturación. Así mismo, en la PPNA se presenta un aumento del 21% de radicación por parte de la Secretaria de Salud de Santander, el cual es el valor que se reconoce sin tener en cuenta los excedentes de facturación, ni la atención por la población venezolana.

Los gastos comprometidos presentaron un incremento del 7% con relación a la vigencia anterior, observándose que los rubros de gastos de personal indirecto son el (13%) y los gastos generales son el (9%) siendo los más representativos. Es importante resaltar que con el 7% de incremento en el gasto, se logró un aumento en el reconocimiento de los ingresos de un 15%.

Analizando los ingresos de las vigencias 2017 vs 2018, en la vigencia 2017, frente a los gastos ejecutados, se refleja que hay equilibrio presupuestal con reconocimiento, ya que por cada peso gastado, se obtuvo 1 peso con 22 centavos para su respaldo, mientras que frente al recaudo no hay equilibrio presupuestal, dado que por cada peso ejecutado, se tiene 73 centavos para los pagos.

Para la vigencia 2018 se presentó una facturación acumulada de \$12.310.206.979 del régimen contributivo, representada en atenciones de usuarios de Medimás (103%), Nueva EPS (10.3%) y Coomeva (32.2%). Es notable el incremento de la facturación de MEDIMAS EPS en un 103.5% con respecto a la vigencia 2017 y representa un 38.2% de la facturación de este régimen para la vigencia 2018, este incremento obedece a que esta EPS volcó sus servicios a la ESE HUS ante la dificultades que presentan con su red de servicios al cerrar servicios su IPS principal ESIMED.

Es claro que las otras ERP del régimen contributivo demanda servicios puntuales enfocadas a la atención de tipo ambulatorio (consulta externa y apoyo diagnóstico), sin descartar aquellos usuarios que ingresan por el servicio de urgencias y ante la carencia de una red de servicios que permita hacer una contra referencia oportuna de pacientes ocasionando el presamamiento de pacientes a la espera de remisión.

De igual manera, hubo una variación positiva del 11.3% entra la vigencia 2018 y 2017 con corte a diciembre, se presentó una facturación acumulada de \$ 131.824.833.568 del régimen subsidiado, representada en atenciones de usuarios de Asmet Salud, Comparta, Coosalud y Nueva EPS entre otras ERP con cobertura de atención en el Departamento de Santander.

La cartera proveniente de facturas radicadas al cierre de la vigencia del 2018 ascendió a la suma de: \$227.843 millones de pesos, incrementada con respecto al 2017 en \$59.192 millones de pesos equivalente al 35.09%; es importante aclarar que este incremento se debe a los siguientes aspectos:

- La situación financiera por la que atraviesa el país en materia de salud y en especial el incumplimiento en el giro oportuno de recursos por parte de las Entidades Responsables del Pago. (ERP)
- El repetitivo proceso de incremento de la glosa inicial en forma injustificada, presentándose por parte de las entidades deudoras aplazamientos en los tiempos para realizar las conciliaciones respectivas y proceder a los pagos que deben realizar a las IPS.
- El incremento en la facturación, en la vigencia del 2018, que ha generado en forma proporcional crecimiento en la cartera.

Los estados financieros reflejan el resultado de la operación ejecutada durante la vigencia, muestra el total de los ingresos obtenidos por la actividad relacionada con objeto principal, venta de servicios de salud, que refleja

incremento del 8% respecto del periodo anterior, para el logro de estos ingresos se incurrió en unos costos de producción, que representan el 87% del valor de las ventas, con un incremento del 13% respecto del 2017, con un incremento del 13% respecto del 2017, incremento ocasionado por la causación de cuentas de vigencia 2017 en el año 2018, situación que de haberse evitado el incremento del costo de una vigencia a otra, solo hubiese sido del 7%.

• **Gestión Asistencial**

La Gestión del Mejoramiento Continuo es un proceso estratégico de la ESE Hospital Universitario de Santander, encargado de implementar Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad -SOGC -; a través de la integración de los 4 componentes que hacen parte del SOGC, lo anterior para el logro Misional el cual es prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad, con énfasis en docencia e investigación, basados en criterios éticos, técnicos, científicos y de gestión integral, que nos constituye como centro de referencia de la red pública del nororiente colombiano y el resto del país, involucrando la participación de talento humano competente que realiza sus actividades con sentido humano y alineado con los valores y principios organizacionales. Para lograr lo anterior la organización está comprometida con el trato digno y humanizado, y la provisión de entornos de atención seguros y con tecnología de avanzada.

• **Otros aspectos de la Gestión**

Acreditación: se fortaleció la estructura del Mejoramiento Continuo de la Calidad, a través de los Equipos de Mejoramiento Institucional de Tercer Nivel con la participación activa del Gerente, subgerentes, jefes de oficina y líderes de los grupos de estándares, asistiendo trimestralmente a reuniones para analizar los resultados y buscando la remoción de las barreras de mejoramiento. Con respecto a los Equipos de Mejoramiento de Segundo Nivel, los líderes de los grupos de estándares promovieron la participación y motivación de sus integrantes por implementar y mantener las mejoras alcanzadas de cada uno de sus Planes de Mejoramiento y para finalizar el año 2018 se constituyó como el año del avance en la consolidación de la estrategia de Grupos Primarios en cada uno de los procesos y subprocesos logrando la adherencia y participación de los colaboradores de la ESE HUS en estos espacios para socializar temas relacionados al proceso de acreditación institucional y al mejoramiento continuo. Posterior a la implementación de los Planes de Mejoramiento de los ocho grupos de estándares, se obtuvieron los resultados en la autoevaluación de 2018, teniendo como resultado global un puntaje de 2.4. Adicionalmente, se superó la meta de la calidad esperada definida para el 2018 en GMC-GCA-PG-01 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, PAMEC, en aumentar en un 20% de forma gradual con respecto al valor anterior de 2017.

Peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones: Se presentaron más expresiones de usuarios en el año 2018 con un crecimiento del 1,5% representado en 271 manifestaciones en comparación con el año 2017, lo anterior demuestra que se ha fortalecido la socialización de los derechos y deberes a la comunidad en los diferentes servicios, donde los usuarios al tener más información dieron a conocer más sus opiniones positivas y de mejora a la entidad; se considera además un leve aumento en las quejas presentadas considerando el total de egresos del año 2018 que corresponde a 21.736 usuarios atendidos frente a 18.926 egresos en 2017.

La meta de satisfacción para el año 2018 fue de 90% la cual fue definida en comité de calidad del mes de enero; en cuya encuesta de satisfacción se incluyeron preguntas sobre Nutrición y comprensión de Derechos y Deberes. La tendencia medida a finales de 2018 reportó una satisfacción del 76%.

Obras: Los contratos de obra se recibieron suspendidos en su totalidad al inicio de la presente administración. En algunos casos han sido suspendidos en varias oportunidades y se ha requerido el análisis jurídico orientado hacia el reinicio y finalización satisfactoria de dichos contratos.

Gestión Jurídica: Revisada la base de datos de la ESE HUS del año 2018 frente a las acciones constitucionales tales como acciones de tutela e incidentes de desacato en las cuales la entidad fue vinculada o accionada, se puede establecer lo siguiente: Tutelas tramitadas 239, incidentes de desacato 8, respuestas por vinculaciones de oficio 109, fallos en contra 10; dándoles prelación al mecanismo de control de la tutela estableciéndose canales internos de respuesta dentro del término, al igual como se ha logrado garantizar derechos fundamentales ante previsible actos de vulneración.

Gestión de riesgos y desastres: La Gestión del Riesgo de Desastres en la ESE HUS es un componente asesor que facilita la toma de decisiones científicas, administrativas, logísticas, técnicas y operativas, producto de un trabajo en equipo intra e interinstitucional que desde el ámbito de sus competencias permite la ejecución de procesos de gestión del riesgo de desastres en la ESE HUS entendida como: Conocimiento del riesgo, Reducción del riesgo y Manejo del desastre, incorporados en el Plan de Desarrollo del Hospital.

Gestión ambiental: Durante el primer semestre de 2018 el 23.8% de los residuos biológicos peligrosos y hospitalarios generados por la ESE HUS fueron destinados para desactivación de alta eficiencia mientras que en el segundo semestre este porcentaje se incrementó al 53.1% permitiendo concluir que hubo una mayor cantidad de servicios prestados, específicamente a partir del mes de octubre. La adecuada Gestión Ambiental que tuvo la ESE HUS durante el 2018, conllevó a que esta fuera galardonada mediante resolución CDMB 1345 del 26 de diciembre de 2018, como Autoridad Ambiental Regional otorgó la DISTINCIÓN AL MÉRITO AMBIENTAL en ceremonia especial llevada a cabo en la CDMB, por implementar estrategias de Producción más Limpia (P+L) en el marco de la metodología Institucional "Organizaciones comprometidas con un Ambiente Sostenible -OCAMS- mediante la estrategia pública de Estatuilla OCAMS y el respectivo certificado por el significativo desempeño y gestión ambiental.

Programa de nutrición: Para el año 2018 en su segunda versión, 16 instituciones de salud, una de ellas la ESE Hospital Universitario de Santander, participaron en el Galardón a la excelencia en nutrición hospitalaria, con el ánimo de compartir el mejoramiento alcanzado y de continuar construyendo de manera conjunta estrategias e intervenciones que transformen en el país el panorama de la nutrición hospitalaria y de los resultados de salud que se obtienen en los pacientes.

Plan de acción Rendición de cuentas

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	Actualizar el plan de comunicaciones que incluye cronograma de actividades comunicación interna y externa (incluye divulgación en medios masivos)	1 Plan de Comunicaciones	Desarrollo Institucional	2019-01-30	2019-05-30	actualización documento plan de comunicaciones	100%	TERMINADA
	Elaborar diagnóstico sobre la Rendición de Cuentas de la Entidad.	1 Informe de diagnóstico de rendición de cuentas que contenga: Las debilidades y fortalezas de la entidad para promover la participación en la implementación de los ejercicios de rendición de cuentas.	Desarrollo Institucional	2019-04-30	2019-10-30	No aplica para este periodo	0%	SIN INICIAR
	Definir, de acuerdo al diagnóstico y la priorización de programas, proyectos y servicios, los espacios de diálogo de rendición de cuentas sobre los temas de gestión general que implementará la entidad durante la vigencia.	Cronograma de rendición de cuentas	Desarrollo Institucional	2019-05-01	2019-06-30	No aplica para este periodo	0%	SIN INICIAR
	Utilizar espacios de comunicación masiva para informar sobre temáticas transversales y coyunturales del HUS	Boletines de prensa e informes periodísticos con información de interés público de temáticas transversales y coyunturales del HUS	Desarrollo Institucional	2019-01-01	2019-12-30	difusión de información en medios de comunicación institucionales	33%	EN DESARROLLO

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	Establecer e implementar encuesta permanente en la página web institucional para conocer los temas de interés de los usuarios.	3 actualizaciones de la encuesta, presentación de pantallazo y reporte de votos	Desarrollo Institucional.	2019-02-01	2019-12-30	se publicó la encuesta en la página web	33%	EN DESARROLLO
	Reportar a Control Interno el desarrollo de actividades programadas en el Plan de Comunicaciones (internas y externas)	3 Informes del desarrollo del plan de comunicaciones	Desarrollo Institucional	2019-01-30	2019-12-30	se realiza informe con las publicaciones realizadas a corte 30 de abril	33%	EN DESARROLLO
	Reportar estadísticas de las visitas realizadas a la página web y redes sociales del Hospital Universitario de Santander	3 reportes	Desarrollo Institucional.	2019-01-01	2019-12-30	se realiza informe con las estadísticas a corte 30 de abril	33%	EN DESARROLLO
	Establecer el cronograma de ejecución de las actividades de diálogo de los ejercicios de rendición de cuentas, diferenciando si son espacios de diálogo sobre la gestión general de la entidad o sobre los temas priorizados de acuerdo a la clasificación realizada previamente.	1 cronograma	Desarrollo Institucional.	2019-01-30	2019-03-30	Se realizó reunión de planeación con grupo interdisciplinar para definir el cronograma de trabajo de la rendición de cuentas	100%	TERMINADA
	Ejecutar el cronograma de rendición de cuentas	2 Informes de gestión sobre las actividades de dialogo en los ejercicios de rendición de cuentas realizada (semestral)	Desarrollo Institucional.	2019-04-01	2019-12-30	se realizó el informe de gestión y la audiencia pública de rendición de cuentas	50%	EN DESARROLLO

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	Definir los roles y responsabilidades de las diferentes áreas de la entidad, en materia de rendición de cuentas	1 Informe	Desarrollo Institucional.	2019-01-30	2019-03-30	Se realizó reunión de planeación con grupo interdisciplinar para definir los roles y las responsabilidades en la rendición de cuentas	100%	TERMINADA

Fuente: Informe avances Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Entregado por la Oficina de Desarrollo Institucional

6.5. Mecanismos de Atención al Ciudadano.

En cuanto al Desarrollo institucional hacia el servicio al ciudadano se corrobora que el Hospital tiene definido un portafolio de servicios que es difundido permanentemente a sus usuarios, familias y comunidad a través de diferentes medios como: la página web, plegable, Call center y charlas. Adicionalmente, los Manuales de Procesos y procedimientos soportan los trámites que deben realizar los usuarios para acceder a los servicios de salud y posee insumos o fuentes para identificar las necesidades, expectativas e intereses de los usuarios con relación a los trámites y servicios ofertados como por ejemplo los resultados de la encuesta de satisfacción que mide la percepción de los usuarios frente a la atención y los servicios y el sistema PQRS de manifestaciones recibidas a través de diferentes medios como el buzón de quejas y la página web.

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
Subcomponente 1 Fortalecimiento de los canales de atención	Presentar a la Gerencia y Control Interno estadísticas de: 1. Buzones de sugerencias - análisis 2. Estadística de Peticiones, Quejas. Reclamos, Felicitaciones, Denuncias 3. Quejas de usuarios por maltrato de funcionarios 4. Quejas del personal por maltrato por pacientes	SIAU	30/01/2019	31/12/2019	Se realizó el informe correspondiente	20%	EN DESARROLLO
	Elaborar señalización que permita la accesibilidad a los espacios físicos conforme a lo establecido en la NTC 6047 y al diagnóstico realizado en la Entidad	Desarrollo Institucional	30/01/2019	31/12/2019	Se realizó el proyecto y se presentó a gerencia. Falta su aprobación y ejecución	30%	EN DESARROLLO

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
Subcomponente 1 Fortalecimiento de los canales de atención	Medir la productividad y presentar a la Gerencia y Comité de gestión el resultado del sistema de asignación de citas Call center, servicio telefónico, presencial, internet.	Estadística Subgerencia Ambulatoria	30/01/2019	31/12/2019	Se recogió la información del Call center de los meses de Abril y mayo. El informe parcial se presentará en el comité de gestión del mes de julio	20%	EN DESARROLLO
	Ajustar el sistema de PQRSF para que permita hacer seguimiento al ciudadano del estado de la petición, queja, reclamo y denuncia	SIAU	30/01/2019	01/07/2019	Se realizó el ajuste en la página para el seguimiento de PQRSF en línea	100	TERMINADA
Subcomponente 2 talento humano	Definir el plan institucional de capacitación (PIC) 2019	Talento Humano	01/01/2019	30/03/2019	Luego de una serie de reuniones con el Comité de Gestión y Desempeño, se aprobó el Plan Institucional de Capacitación y su cronograma para la ESE-HUS, Vigencia 2019.	100	TERMINADA
	Ejecutar el plan institucional de capacitación (PIC) fortaleciendo las competencias del cliente interno	Talento Humano	01/04/2019	31/12/2019	Se da inicio a la ejecución del PIC, mediante la socialización de diversos módulos cargados en la Plataforma Virtual de Aprendizaje MOODLE, como a su vez, en capacitaciones de manera presencial.	32	EN DESARROLLO
	Monitorizar la ejecución del PIC 2019	Talento Humano	01/04/2019	31/12/2019	Se monitoriza la ejecución del PIC, mediante las evaluaciones que se realizan a todos los participantes de las capacitaciones en la Plataforma Virtual de Aprendizaje MOODLE y presencial. Como a su vez, se solicita el apoyo a las diversas áreas de la ESE-HUS, para dar cumplimiento al PIC, vigencia 2019.	32	EN DESARROLLO
Subcomponente 3 Relacionamiento con el ciudadano	Implementación de la Política de tratamiento de datos personales de la ESE HUS	Jurídica SIAU	01/01/2019	30/06/2019	Se identificó la necesidad de contratar una consultoría y asesoría técnica en el diseño e implementación del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información	10%	EN DESARROLLO
	Realizar control y seguimiento al cumplimiento de la Política de tratamiento de datos personales de la ESE HUS	Control Interno	29/12/2018	31/12/2019	Se trató el tema en el comité Institucional de Gestión y Desempeño y en el comité de Coordinación de Control Interno. Se envió oficio a la Gerencia solicitando la asignación de las funciones del Oficial de Protección de datos personales en la ESE HUS.	30%	EN DESARROLLO
	Elaborar la caracterización de los usuarios - grupos de interés, e incluirlos en el Código de Ética y Buen Gobierno.	Desarrollo Institucional. SIAU	30/01/2019	31/12/2019	No reportan avances	0%	ATRASADA

Subcomponente 3 Relacionamiento con el ciudadano	Elaborar informe consolidado de percepción del usuario frente al servicio y frente a la respuesta dada a la PQRD	SIAU	01/01/2019	31/12/2019	No reportan avances	0%	ATRASADA
	Actualizar frecuentemente la información sobre la oferta Institucional en los diferentes canales de atención	Desarrollo Institucional.	01/01/2019	31/12/2019	Se realizó la actualización del portafolio de servicios y se socializó con los colaboradores de la ESE HUS.	35%	EN DESARROLLO

Fuente: Informe avances Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Entregado por la Oficina de Desarrollo Institucional

6.6. Transparencia y Acceso a la Información

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
Subcomponente 1 de Lineamientos Transparencia Activa	Publicar información establecida en la estrategia de Gobierno Digital y Transparencia acorde a la normatividad vigente.	Desarrollo Institucional y responsables según el Esquema de Publicación de la ESE HUS	01/01/2019	30/12/2019	la estrategia está para aprobación en el comité de gestión y desempeño	0	ATRASADA
	Ejecutar el plan institucional de capacitación en temas de Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014	Talento Humano	01/04/2019	31/12/2019	Se socializa mediante la Plataforma Virtual de Aprendizaje MOODLE, en la Inducción General en el Módulo: Desarrollo Institucional, con su respectiva evaluación, asimismo, se solicita a Desarrollo Institucional que en su actualización de la presentación incluya los temas de Ley de Transparencia (Ley 1712 de 2014).	32%	EN DESARROLLO
	Informar a los usuarios sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014, a través de redes sociales, página web y carteleras.	Desarrollo Institucional	30/01/2019	30/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Diseñar campaña institucional de divulgación, prevención de corrupción y transparencia en redes sociales y página web	Control Interno Disciplinario. Desarrollo Institucional	30/01/2019	30/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Publicación en la página web HUS del registro de activos de información	Gestión Documental	01/01/2019	30/06/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Realizar la difusión de la política de seguridad de la información a través de redes sociales, página web y carteleras.	Sistemas	01/01/2019	30/06/2019	No presentan avances	0	ATRASADA

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	Elaborar informe trimestral Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que incluya: · Estadística de PQRS relacionadas con los trámites inscritos en el aplicativo SUIT de la Función Pública · Recomendaciones de los particulares dirigidas a mejorar el servicio que preste la entidad y/o incentivar la participación en la gestión pública · Recomendaciones de los particulares dirigidas a racionalizar el empleo de los recursos disponibles · Tiempo promedio de respuesta a las solicitudes de información después de la recepción · Tiempo promedio de respuesta a los derechos de petición después de la recepción · Tiempo promedio de respuesta a los derechos de petición de consulta después de la recepción · Número de solicitudes de información mensualmente · Numero de derechos de petición mensualmente · Número de solicitudes de información contestadas de manera negativa · Número de solicitudes de información contestadas de manera negativa por inexistencia de la información solicitada	SIAU	01/01/2019	30/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
Subcomponente 3 Elaboración los de Instrumentos de Gestión de la Información	Elaborar el instrumento de gestión de información clasificada y reservada	Gestión Documental	30/01/2019	31/06/2019	No presentan avances	0	ATRASADA

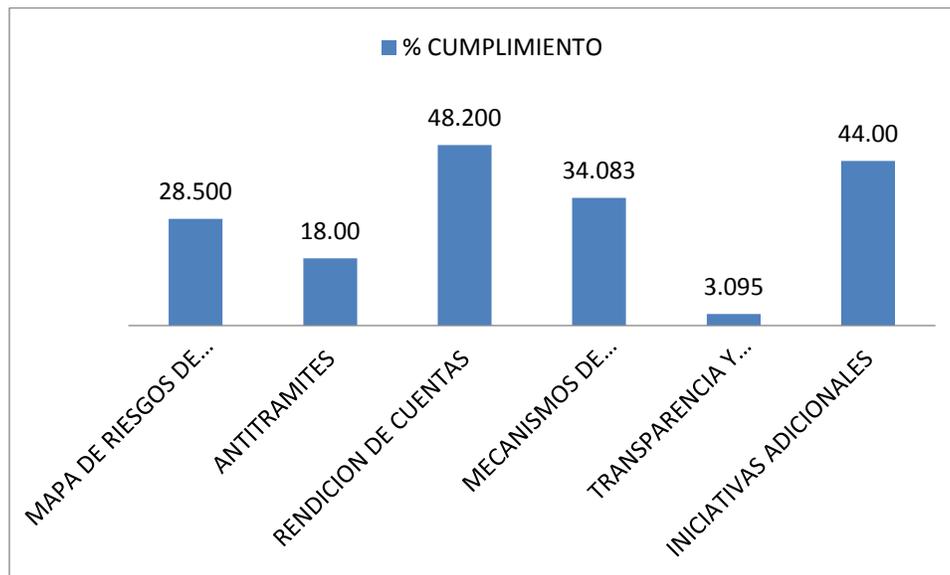
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
Subcomponente 3 los de la Elaboración Instrumentos Gestión de Información	Elaborar el procedimiento para la actualización del registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	Gestión Documental	30/01/2019	31/06/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Socialización del Procedimiento de registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	Gestión Documental	30/01/2019	31/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Actualizar el Programa de Gestión Documental	Gestión Documental	30/01/2019	31/06/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Elaboración del esquema de publicación	Sistemas	30/01/2019	31/04/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Divulgación del esquema de publicación	Sistemas	31/04/2019	31/05/2019	No aplica para este periodo de seguimiento	0	SIN INICIAR
	Implementar estrategias de acceso a la información para la población con discapacidad (ej. videos con lenguaje de señas o con subtítulos)	Desarrollo Institucional SIAU	30/01/2019	31/06/2019	No aplica para este periodo de seguimiento	0	SIN INICIAR
	Capacitación a los funcionarios, contratistas y colaboradores en tema de datos abiertos y Ley de transparencia	Desarrollo Institucional	30/01/2019	31/06/2019	No aplica para este periodo de seguimiento	0	SIN INICIAR
	Identificación de información que pueda ser usada como dato abierto	UFATI	01/07/2019	10/12/2019	No aplica para este periodo de seguimiento	0	SIN INICIAR
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	Reportar actividades realizadas que permitan garantizar una atención accesible, contemplando las necesidades de la población con discapacidades (En Marzo de 2019 se presentaran las acciones a realizar)	Desarrollo Institucional	31/01/2019	31/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Realizar diagnóstico de aplicación de los criterios de accesibilidad y usabilidad de la NTC 5854 del MINTIC en la página web institucional.	Sistemas Desarrollo Institucional	01/06/2019	01/12/2019	No aplica para este periodo de seguimiento	0	ATRASADA

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO (SOLO CONTROL INTERNO)
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	Realizar control y seguimiento al cumplimiento de los artículos de la Ley 1712 por parte de las dependencias	Control Interno	01/01/2019	31/12/2019	Está programado en el Plan Anual de Auditoria para realizarse en el segundo semestre del año	0	SIN INICIAR
	Presentar informe del cumplimiento al cronograma contractual. (Estado y avance de los procesos - Estadística de adjudicaciones	Jurídica	01/01/2019	31/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Implementar encuesta de satisfacción del ciudadano sobre Transparencia y acceso a la información en el sitio Web oficial de la ESE HUS	Desarrollo Institucional UFATI	01/01/2019	31/12/2019	se publicó la encuesta en la página web	33	EN DESARROLLO

Fuente: Informe avances Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Entregado por la Oficina de Desarrollo Institucional

7. PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

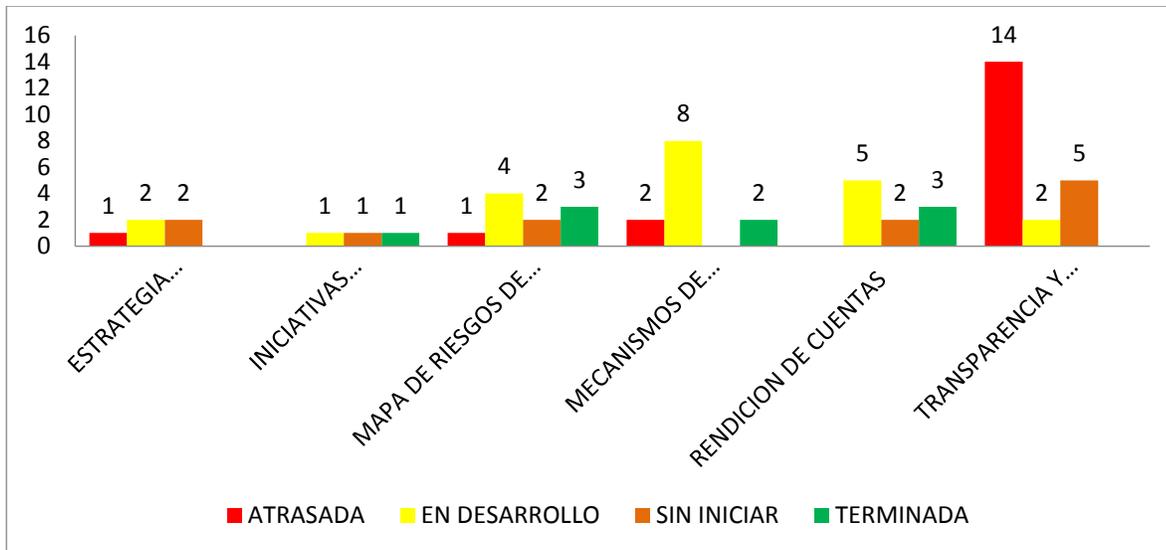
ESTRATEGIA	% CUMPLIMIENTO
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	28,5
ANTITRAMITES	18,0
RENDICION DE CUENTAS	48,2
MECANISMOS DE ATENCION	34,1
TRANSPARENCIA Y ACCESO INFORMACIÓN	3,1
INICIATIVAS ADICIONALES	44,0



Elaboración propia.

ESTADO POR COMPONENTES

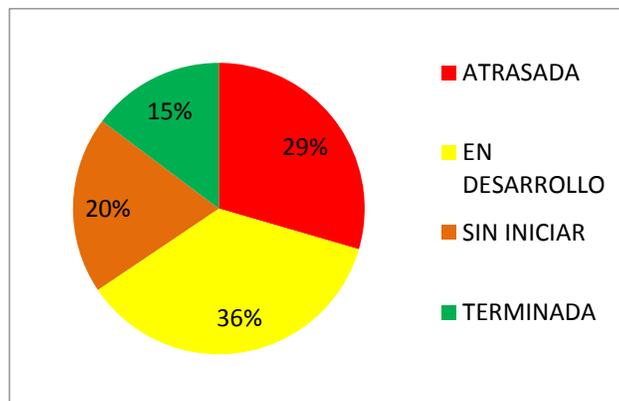
COMPONENTE	ATRASADA	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADA	Total general
ESTRATEGIA ANTITRAMITES	1	2	2		5
INICIATIVAS ADICIONALES		1	1	1	3
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION	1	4	2	3	10
MECANISMOS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	2	8		2	12
RENDICION DE CUENTAS		5	2	3	10
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	14	2	5		21
Total general	18	22	12	9	61



Elaboración propia.

ESTADO DE LAS ACCIONES

ESTADO	CANT
ATRASADA	18
EN DESARROLLO	22
TERMINADA	9
SIN INICIAR	12
TOTAL	61



Elaboración propia.

8. DEBILIDADES ENCONTRADAS

Se observaron las siguientes situaciones, que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado:

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION	1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción	Realizar talleres de divulgación de la Política de Administración de Riesgos	Desarrollo Institucional	01/02/2019	30/06/2019	La política se encuentra en actualización	0	ATRASADA
ESTRATEGIA ANTITRAMITES		Registrar en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT la estrategia de racionalización de trámites	Desarrollo Institucional	30/01/2019	10/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
MECANISMOS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	Subcomponente 3 Relacionamento con el ciudadano	Elaborar la caracterización de los usuarios - grupos de interés, e incluirlos en el Código de Ética y Buen Gobierno.	Desarrollo Institucional. SIAU	30/01/2019	31/12/2019	No reportan avances	0	ATRASADA
		Elaborar informe consolidado de percepción del usuario frente al servicio y frente a la respuesta dada a la PQRD	SIAU	01/01/2019	31/12/2019	No reportan avances	0	ATRASADA
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	Publicar información establecida en la estrategia de Gobierno Digital y Transparencia acorde a la normatividad vigente.	Desarrollo Institucional y responsables según el Esquema de Publicación de la ESE HUS	01/01/2019	30/12/2019	la estrategia está para aprobación en el comité de gestión y desempeño	0	ATRASADA
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	Informar a los usuarios sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014, a través de redes sociales, página web y carteleras.	Desarrollo Institucional	30/01/2019	30/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
		Publicación en la página web HUS del registro de activos de información	Gestión Documental	01/01/2019	30/06/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO

TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	Realizar la difusión de la política de seguridad de la información a través de redes sociales, página web y carteleras.	Sistemas	01/01/2019	30/06/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	Elaborar informe trimestral Peticiones, quejas, reclamos	SIAU	01/01/2019	30/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	Elaborar el instrumento de gestión de información clasificada y reservada	Gestión Documental	30/01/2019	31/06/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
		Elaborar el procedimiento para la actualización del registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	Gestión Documental	30/01/2019	31/06/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
		Socialización del Procedimiento de registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	Gestión Documental	30/01/2019	31/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
	TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	Actualizar el Programa de Gestión Documental	Gestión Documental	30/01/2019	31/06/2019	No presentan avances	0
Elaboración del esquema de publicación			Sistemas	30/01/2019	31/04/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad		Reportar actividades realizadas que permitan garantizar una atención accesible, contemplando las necesidades de la población con discapacidades (En Marzo de 2019 se presentaran las acciones a realizar)	Desarrollo Institucional	31/01/2019	31/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE	ESTADO

TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	Realizar diagnóstico de aplicación de los criterios de accesibilidad y usabilidad de la NTC 5854 del MINTIC en la página web institucional.	Sistemas Desarrollo Institucional	01/06/2019	01/12/2019	No aplica para este periodo de seguimiento	0	ATRASADA
		Presentar informe del cumplimiento al cronograma contractual. (Estado y avance de los procesos - Estadística de adjudicaciones	Jurídica	01/01/2019	31/12/2019	No presentan avances	0	ATRASADA

Fuente: Informe avances Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Entregado por la Oficina de Desarrollo Institucional

9. RECOMENDACIONES

1. Frente a las acciones en estado atrasado o sin iniciar se solicita a los responsables determinar las causas raíz de rezago frente al cumplimiento de la acción, así mismo definir y ejecutar las acciones de mejora pertinentes.
2. Se recomienda actualizar el mapa de riesgos de corrupción en la página institucional con el ajuste que se le hizo a los controles.
3. Se recomienda que cada uno de los procesos realice la socialización de los mapas de riesgos de corrupción identificados y su tratamiento. Se evidenció la socialización del mapa de riesgos de corrupción de los procesos Gestión Financiera y Ambiente Físico únicamente.
4. En cuanto a los controles, se recomienda fortalecer el diseño de los mismos en los riesgos identificados en la Oficina Asesora Jurídica aplicando la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública
5. Se recomienda iniciar con los seguimientos a las acciones establecidas para mitigar los riesgos.

10. CONCLUSIONES

El Hospital Universitario de Santander ha cumplido con los términos establecidos para la visibilización del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

La Oficina Asesora de Control Interno revisa dicho Plan y evidencia que contiene los cinco componentes exigidos:

- El Hospital tiene identificados, analizados y valorados unos riesgos o factores que pudieran favorecer la generación de actos de corrupción, bajo un sistema de Gestión del Riesgo con el fin de tomar acciones para su mitigación y su seguimiento.
- También, ha avanzado en la identificación de trámites y servicios y de su socialización con el fin de dar claridad a los usuarios sobre los trámites definidos por el Hospital y se ha creado el Comité de Gestión y Desempeño con funciones de regular lo correspondiente no solo a trámites y servicios en relación con la dimensión de Gestión con valores para resultados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
- Se ha evidenciado el cumplimiento normativo de la Rendición de Cuentas, pero adicionalmente se han creado otros espacios como rondas de Gerencia, comités de alianza de usuarios, entre otros, en donde la Gerencia informa a la comunidad a través de su representante lo relativo a la gestión realizada y resultados obtenidos, y escucha las inquietudes de la comunidad para dar respuesta.
- Y también en el desarrollo de este informe se puede observar que el Hospital Universitario de Santander posee todo un engranaje que facilita el servicio al ciudadano a través de diferentes canales de atención y de comunicación con el usuario como mecanismo de retroalimentación externa para el mejoramiento continuo.

De manera que se puede concluir que el Plan Anticorrupción y sus componentes realmente brindan mecanismos que facilitan el control de la gestión pública, la denuncia de actos de corrupción, la manifestación de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de acuerdo a los requerimientos de la Ley 1474 de 2011.

La Oficina de Atención al usuario SIAU da cumplimiento al artículo 54 de la Ley 190 de 1995 a través del envío periódico a las Oficinas Asesoras de Calidad y Control Interno del informe acerca de las manifestaciones de los usuarios, sobre el desempeño de sus funciones y servicios sobre los que se presentan un mayor número de quejas y reclamos para la mejora por parte de los usuarios.

Teniendo en cuenta el seguimiento realizado y los porcentajes arrojados en cada uno de ellos se constata que la ESE Hospital Universitario de Santander ha cumplido con un 29,3% del 33,33% proyectado para el primer trimestre de Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2019.



JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora Control Interno

Proyectó: Sandra Milena Mendoza Amado. Profesional de apoyo Oficina Asesora de Control Interno. CPS