

# **SEGUNDO 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 mayo a 30 de agosto de 2018**



## 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 a las acciones priorizadas en el mapa de riesgos de corrupción:.....	7
6.3. Estrategia Antitrámites.....	10
6.4. Rendición de cuentas .....	12
6.5. Mecanismos de Atención al Ciudadano.....	16
6.6. Transparencia y Acceso a la Información.....	21
7. PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO .....	27
8. RECOMENDACIONES .....	29
9. CONCLUSIONES.....	29

## **PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO 2018**

### **INTRODUCCIÓN**

La Oficina 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 agosto de 2018, según lo dispone el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano que se aprobó el 30 de enero de 2018, 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 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 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 mayo a agosto de 2018.

### **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 2018. 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 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 FINAL	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Política de Administración de Riesgos de Corrupción	Revisar y ajustar la política de Gestión del Riesgo en el HUS	Política de Gestión de Riesgos HUS	Desarrollo Institucional	2018-02-01	2018-06-30	Desde acreditación se estuvo trabajando en la actualización de la política. Falta la revisión final del grupo asesor de calidad.	70
	Divulgar la política de Gestión del Riesgo actualizada	Correos electrónicos - Prensa HUS - Grupos primarios	Desarrollo Institucional	2018-07-01	2018-08-30	A la espera de la aprobación por parte de calidad de la actualización de la política de gestión del riesgo	0
Construcción de 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	Desarrollo Institucional	2018-01-22	2018-01-30	Se enviaron a los jefes de oficina y subgerencias el mapa de riesgos para su revisión y actualización.	100
	Consolidar el Mapa de Riesgos de corrupción	Mapa de Riesgos de Corrupción HUS	Desarrollo Institucional	2018-01-22	2018-01-31	Se consolidó el mapa de riesgos con la información enviada. Se actualizó el PHVA de Almacén	100
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	2018-01-22	2018-02-28	Se diseñó un formulario para que los ciudadanos puedan enviar sus sugerencias sobre el plan de riesgos anticorrupción.	100

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Consulta y divulgación	Realizar la publicación del Mapa de Riesgos de corrupción en la página web del HUS	Mapa de Riesgos de Corrupción HUS publicado	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2018-01-31	En la página web existe la publicación del mapa de riesgos.	100
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	4 Informes de seguimiento a mapa de Riesgos de Corrupción	Subgerentes Jefes de oficina	2018-01-01	2019-01-10	<p>FARMACIA:</p> <p>1) Semanalmente se realiza control de máximos y mínimos</p> <p>2) Los regentes que soportan los diferentes servicios realizan periódicamente inventario de medicamentos y dispositivos médicos, los cuales permiten minimizar la pérdida de medicamentos y/o dispositivos médicos.</p> <p>3) Mediante comunicación escrita, se realiza presentación de nuevos dispositivos médicos y se solicita el respectivo concepto (Trabajo de campo).</p> <p>CONSULTA EXTERNA</p> <p>1) Seguimiento mensual a la lista de espera de pacientes que solicitan consulta médica especializada.</p> <p>2) Resocialización al Call Center de la comunicación de Desarrollo Institucional, relacionada con Tráfico de Influencias. (23/07/2018)</p> <p>3) Resocialización al personal involucrado en Consulta Externa de la comunicación de Desarrollo Institucional, relacionada con Tráfico de Influencias. (27/07/2018)</p> <p>Gestión del ambiente físico y La oficina jurídica envían PHVA con las acciones de mitigación de riesgos</p>	67

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
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 auditoria	Control Interno	2018-01-01	2019-01-10	Se realizó seguimiento al mapa de riesgos de corrupción con corte a 30 de agosto de 2018	75
	Realizar publicación al seguimiento del mapa de riesgos de corrupción en la página web del HUS	Informe de seguimiento publicado	Control Interno	2018-04-10	2019-01-10	Se realizó seguimiento al mapa de riesgos de corrupción con corte a 30 de agosto de 2018	75

Fuente: Informe avances Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Entregado por los responsables

## 6.2. Seguimiento a las acciones priorizadas en el mapa de riesgos de corrupción:

OPORTUNIDAD DE MEJORA	PHVA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RIESGO	RESPONSABLE	INVOLUCRADOS	FECHA		RECURSOS	ESTADO
						INICIACION	FINALIZACION		
Documentar, actualizar y socializar el procedimiento para manejo de inventarios propiedad planta y equipo	P	Realizar revisión documental del procedimiento para manejo de inventarios propiedad planta y equipo	Hurto de bienes de la ESE	Prof. Universitario de Almacén e inventarios	Almacén e inventarios	Mayo 28 de 2018	Julio 31 de 2018	Humanos, financieros, físicos	En desarrollo
	H	Actualizar el procedimiento para manejo de inventarios propiedad planta y equipo		Prof. Universitario de Almacén e inventarios	Almacén e inventarios	Mayo 28 de 2018	Julio 31 de 2018		Sin iniciar
	H	Socializar el procedimiento de manejo de inventarios propiedad planta y equipo al personal involucrado en el proceso		Prof. Universitario de Almacén e inventarios	Almacén e inventarios	Mayo 28 de 2018	Julio 31 de 2018		Sin iniciar

OPORTUNIDAD DE MEJORA	PHVA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RIESGO	RESPONSABLE	INVOLUCRADOS	FECHA		RECURSOS	ESTADO
						INICIACION	FINALIZACION		
Documentar, actualizar y socializar el procedimiento para manejo de inventarios propiedad planta y equipo	V	Evaluar la implementación del procedimiento	Hurto de bienes de la ESE	Prof. Universitario de Almacén e inventarios	Almacén e inventarios	Mayo 28 de 2018	Julio 31 de 2018	Humanos, financieros, físicos	Sin iniciar
	A	Corregir las falencias encontradas		Prof. Universitario de Almacén e inventarios	Almacén e inventarios	Mayo 28 de 2018	Julio 31 de 2018		Sin iniciar
Documentar, actualizar y socializar el procedimiento para ingreso de elementos a la ESE - Gestión del Ambiente físico	P	Realizar la revisión documental del procedimiento para ingreso de elementos a la ESE	Hurto de bienes de la ESE	Prof. Universitario de Almacén e inventarios	Almacén e inventarios	Mayo 28 de 2018	Julio 31 de 2018	Humanos, financieros, físicos	Terminada
	H	Actualizar el procedimiento de Despacho e insumos en la ESE HUS (ALM-P-04 versión 1)		Prof. Universitario de Almacén e inventarios	Almacén e inventarios	Mayo 28 de 2018	Julio 31 de 2018		Terminada
	H	Socializar el procedimiento para ingreso de elementos a la ESE		Prof. Universitario de Almacén e inventarios	Almacén e inventarios	Mayo 28 de 2018	Julio 31 de 2018		Terminada
	V	Evaluar la implementación del procedimiento		Prof. Universitario de Almacén e inventarios	Almacén e inventarios	Mayo 28 de 2018	Julio 31 de 2018		Terminada
	A	Corregir las falencias encontradas		Prof. Universitario de Almacén e inventarios	Almacén e inventarios	Mayo 28 de 2018	Julio 31 de 2018		Terminada

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



OPORTUNIDAD DE MEJORA	PHVA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RIESGO	RESPONSABLE	INVOLUCRADOS	FECHA		RECURSOS	ESTADO
						INICIA	FINALIZA		
Supervisión del otorgamiento de anticipos y manejo de inversión por parte de los profesionales de apoyo del área jurídica.	P	Diagnosticar las funciones actuales de los profesionales de apoyo del área jurídica con el fin de que la oportunidad de mejora para este riesgo cumpla con los requisitos del ciclo PHVA.	Incorrecto otorgamiento de anticipos y mal manejo de su inversión	Oficina Asesora Jurídica	Subgerencia Administrativa y Financiera, Comisión accidental para revisión designada por la Junta Directiva para la revisión del manual de funciones.	Enero 15 del 2018	Febrero 08 del 2018	N.A.	Finalizado
Supervisión del otorgamiento de anticipos y manejo de inversión por parte de los profesionales de apoyo del área jurídica.	H	Suscribir el acta de desembolso de los recursos entregados como anticipo y hacer seguimiento a su inversión previa presentación de un plan de inversión del anticipo.	Incorrecto otorgamiento de anticipos y mal manejo de su inversión	Oficina Asesora Jurídica	Supervisor e Interventor	Enero 01 de 2018	Diciembre 31 de 2018	N.A.	En desarrollo
Supervisión del otorgamiento de anticipos y manejo de inversión por parte de los profesionales de apoyo del área jurídica.	V	Chequear la publicación de los ajustes al manual de funciones en el aspecto mencionado, teniendo en cuenta que la modificación propuesta se adopta por acto administrativo cuyos efectos rigen a partir de su promulgación.	Incorrecto otorgamiento de anticipos y mal manejo de su inversión	Oficina Asesora Jurídica	Unidad Funcional de Talento Humano	Febrero 14 del 2018	Mayo 30 del 2018	N.A.	Finalizado
Supervisión del otorgamiento de anticipos y manejo de inversión por parte de los profesionales de apoyo del área jurídica.	A	Ajustar el propósito principal y las funciones esenciales del cargo de profesional universitario de la Oficina de Interventoría Administrativa de contratos dentro del Manual de Funciones, para que sea expresa la labor de CONTROL en la amortización de los anticipos.	Incorrecto otorgamiento de anticipos y mal manejo de su inversión	Oficina Asesora Jurídica	Subgerencia Administrativa y Financiera, Comisión asignada por la Junta Directiva para la revisión del manual de funciones.	Enero 15 del 2018	Febrero 08 del 2018	N.A.	Finalizado

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

### 6.3. Estrategia Antitrámites.

El Comité Antitramite y Gobierno en línea junto con los Líderes de los procesos, ha dado paso a la revisión del capítulo relacionado con salud del Decreto 019 Ley Antitrámites y se han identificado y documentado un mayor número de trámites los cuales están siendo revisados y ajustados para ser montados en el Portal de Trámites y servicios SUII por parte del SIAU. Se revisaron algunos procesos que se consideraron más relacionados con los trámites como son: Gestión de urgencias - Área de Pediatría, Gestión de Servicios Quirúrgicos, Gestión de Hospitalización, Gestión de Apoyo terapéutico, Gestión de la atención de consulta externa, Gestión de Cuidados Intensivos, Gestión Apoyo Diagnostico, Gestión Documental y los procesos transversales de Enfermería y Mujer e Infancia.

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS 2	% AVANCE 2
Actualizar y racionalización de tramites en el Sistema Único de Información de Trámites - SUII	10 tramites actualizados en el SUII	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2018-12-31	Se creó en el SUII el trámite: Asignación de cita para la prestación de servicios en salud y se actualizó "Radiología e imágenes diagnósticas"	50%
Identificar los tramites que pueden ser sujeto de racionalización	Listado de trámites para racionalizar	Comité Antitrámites y Gobierno en línea o su sustituto	2018-01-30	31/06/2018	El trámite Radiología e imágenes diagnósticas puede tener una racionalización administrativa, para que pueda ser realizado telefónicamente.	80%
Priorizar un trámite para racionalizar y elaborar proyecto	1 proyecto de trámite para racionalizar	Comité Antitrámites y Gobierno en línea o su sustituto	2018-07-01	2018-12-31	A la espera de la aprobación por parte del comité de gestión.	0%
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 Antitrámites y Gobierno en Línea o su sustituto.	2 informes de los registros estadísticos de medición de tramites	Estadística Desarrollo Institucional	2018-01-30	2019-01-10	Se envió el formato de hoja de vida de trámites para que los dueños de los trámites los diligencien.	40%
Identificar trámites que están relacionados con las metas de los Planes de Desarrollo. Enviar informe respectivo al Comité Antitrámites y Gobierno en Línea o su sustituto	Listado de tramites identificado	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2018-04-30	Se envía correo con los trámites relacionados a las metas del plan de desarrollo	100%

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Identificar los trámites con mayor cantidad de quejas, reclamos y denuncias de los ciudadanos. Enviar informe semestral respectivo al Comité Antitrámites y Gobierno en Línea o su sustituto.	2 informes	SIAU	2018-01-30	2018-12-31	No reportan avance	0
Registrar en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT la estrategia de racionalización de trámites	1 estrategia publicada en el SUIT	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2019-01-10	Esta actividad se realizará después de la racionalización de trámites	0%

Fuente: Informe avances Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Entregado por los responsables.

## 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 2017 de la institución el 19 de abril de 2018, 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 2017 relacionados con:

### • Gestión Financiera

Se refleja que la mayor fuente de ingresos corresponde a venta de servicios de salud de Régimen Subsidiado que representa el 41,22% del total del presupuesto; el recaudo por estampilla pro-hospitales se constituye en la segunda fuente de financiación del presupuesto, para la vigencia del 2017.

El porcentaje de recaudo total corresponde al 59,57% del total de los reconocimientos. En cuanto a la venta de servicios el porcentaje de recaudo corresponde al 37,3% de lo reconocido por servicios de salud.

El incremento por reconocimiento se da en todos los conceptos que conforman el presupuesto 2017, excepto en otros ingresos no asociados a la venta de servicios de salud, que pasó de \$33.738 millones en el 2016 a \$21.567 millones con una disminución del 36.1%, dado principalmente por la disminución de reconocimiento y recaudo de la Estampilla prohospitales Universitarios, que en el 2016 fue de \$26.295 millones y basados en este recaudo se proyectó un ingreso por este concepto para la vigencia 2017 de \$22.400 millones de los cuales solo se recibieron \$19.402 millones, situación que impacta negativamente en el resultado de este indicador.

El recaudo por venta de servicios de salud aumentó pasando de \$55.526 millones de pesos en el 2016 a \$60.865 millones en el 2017 con un incremento en el recaudo de \$5.338 millones equivalente al 9.6%, así mismo el recaudo de cartera vigencias anteriores muestra un comportamiento positivo pasando de \$37.080 millones de pesos en el 2016 a \$54.454 millones de pesos en el 2017 equivalente a un incremento en el recaudo del 46.9%.

Durante la vigencia 2017 la ESE Hospital Universitario de Santander, comprometió gastos por valor de \$149.934, millones, no incluye cuentas por pagar vigencias anteriores y comparado con la vigencia 2016 se evidencia un comportamiento similar que obedece al incremento de las ventas de la vigencia.

### • 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.

#### • Obras

- Mesas de trabajo con Secretaría de Salud, interventoría, contratista de obra y secretaria técnica del OCAD para normalizar los temas relacionados con ajustes y actualizaciones del proyecto en el tema regalías. Además, se han trazado las rutas necesarias para el reinicio de las obras.
- Solicitud de balance de obra al contratista
- Modificación de garantías del Contrato en concordancia con las observaciones realizadas por DNP.
- Se ha solicitado documentos sobre la gestión y presentación de informes de interventoría a la Secretaría de Salud Departamental, así como la actualización de los mismos según observaciones realizadas por DNP.
- Solicitud a la Secretaría Técnica del OCAD sobre las diferentes certificaciones y aprobaciones del proyecto.
- Se publicó en el SECOP la documentación relacionada con los Contratos de Obra
- Mesas de trabajo con todos los actores de los Proyectos
- Se elabora Informe Ejecutivo dirigido al DNP.
- Se solicitó a las Oficinas de interventoría, presupuesto y tesorería la información presupuestal del contrato.
- Se requirió a la Secretaría de Salud Departamental en repetidas ocasiones con el fin que se materialice la adición del Contrato de Interventoría y de esta manera poder concretar el reinicio de la obra.
- Se concretó el reinicio de la ejecución del Convenio, la obra y la interventoría a partir del 29 de noviembre de 2017.
- Se envió solicitud de cierre del Plan de Mejoramiento con los respectivos soportes de cumplimiento al DNP.
- Entre otros

#### • Otros aspectos de la Gestión

**Gestión Jurídica:** Se dio prelación al mecanismo de control de la Tutela y se establecieron canales internos de respuesta dentro del término, con pronunciamientos de fondo que han permitido un seguimiento eficaz, en procura de determinar la legitimación en la causa que tiene la ESE HUS en cada una de las actuaciones cuestionadas, así como también se ha logrado garantizar derechos fundamentales ante previsible actos de vulneración.

**Banco de proyectos:** En los meses de julio y agosto de 2017 se gestionó ante la Oficina de Planeación departamental la consecución de una herramienta digital (software) que permitiera el registro y archivo de las iniciativas de proyectos, que hiciera las veces de banco de proyectos institucional. Este banco se denomina BANPRO, está en funcionamiento y se han registrado 4 proyectos en la Metodología General Ajustada (MGA), que es la metodología aprobada por el Estado Colombiano, y en la que se deben presentar los proyectos que aspiren a asignación de recursos públicos.

**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 2017 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.

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
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	2018-01-30	2018-05-30	Se realizó la revisión y actualización del Plan de Comunicaciones Institucional y se incluye el cronograma de actividades	100%
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. Las condiciones de entorno social, económico, político, ambiental y cultural para afectan el desarrollo de la rendición de cuentas.	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2018-04-30	Se realizó el diagnóstico sobre la rendición de cuentas teniendo en cuenta la promoción de la participación ciudadana y los entornos que afectan esta actividad	100%
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	2018-05-01	2018-06-30	Se propone un cronograma de rendición de cuentas con actividades para los diferentes grupos de interés	100%
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	2018-01-01	2019-01-10	Se envió información a los diferentes medios de comunicación masiva para informar sobre temáticas transversales y coyunturales de la ESE HUS	100%
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	2018-02-01	2019-01-10	Se pone en ejecución una encuesta piloto para medir a través de la página web del Hospital los temas de interés de los usuarios	100%

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Reportar a Control Interno el desarrollo de actividades programadas en el Plan de Comunicaciones (internas y externas)	4 Informes del desarrollo del plan de comunicaciones	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2019-01-10	Se adjunta a Control Interno el desarrollo de actividades programadas en el Plan de comunicaciones	67%
Reportar estadísticas de las visitas realizadas a la página web y redes sociales del Hospital Universitario de Santander	4 reportes (trimestral)	Desarrollo Institucional	2018-01-01	2019-01-10	Se realiza la medición de las estadísticas de la página web y las redes sociales	50%
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	2018-01-30	2018-03-30	Se propone un cronograma de rendición de cuentas con actividades para los diferentes grupos de interés	100%
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	2018-04-01	2019-01-10	Se han realizado los eventos programados en el seguimiento anterior	50%
Definir los roles y responsabilidades de las diferentes áreas de la entidad, en materia de rendición de cuentas	1 Informe	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2018-03-30	Se realiza el documento donde se definen los roles y las responsabilidades en la rendición de cuentas	100%
Establecer e implementar metodología, logística para la Audiencia de Rendición de Cuentas	1 Informe	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2018-03-30	Se realiza el documento donde se define la metodología en la rendición de cuentas	100%
Reportar campañas realizadas para dar a conocer a los usuarios los derechos y los deberes	4 campañas	Desarrollo Institucional. SIAU	2018-01-30	2019-01-10	Se instalaron pendones, afiches y habladores en puntos estratégicos de la ESE HUS	66%
Informar resultado de la encuesta de percepción del usuario frente al servicio	2 informes de percepción del usuario frente al servicio (semestral)	SIAU	2018-01-30	2019-01-10	Presentación de reporte a comité de calidad	50

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Capacitar a funcionarios y contratistas acerca del proceso de rendición y petición de cuentas	Mecanismos de capacitación presencial o virtual	Talento Humano. Jurídica	2018-01-30	2019-01-10	En el Aula Virtual de Aprendizaje en el curso de inducción en el módulo de desarrollo Institucional se incluye el tema de rendición de cuentas	100%
Elaborar y publicar el informe de evaluación de la audiencia de rendición de cuentas	Informe de evaluación de la estrategia de rendición de cuentas	Control Interno	2018-04-01	2018-05-30	Se elabora informe de evaluación de rendición de cuentas vigencia 2017	100
Formulación de acciones de mejora en el proceso de rendición de cuentas de la entidad	Plan de mejoramiento de la estrategia de rendición de cuentas	Subgerencia Administrativa. Desarrollo Institucional	2018-04-30	2018-06-29	No se reporta avance de esta actividad	0%

Fuente: Informe avances Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Entregado por los responsables.

## 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	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
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	2 informes estadísticos con su respectivo análisis y planes de mejoramiento. Semestral	SIAU	2018-01-30	2019-01-10	Presentación de informe a Control Interno	50
	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	Señalización adecuada en los servicios	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2019-01-10	Se está realizando el inventario de carteleras, oficinas, baños para su respectiva señalización	20%
	Medir la productividad y presentar a la Gerencia y Comité Antitrámites y de Gobierno en Línea el resultado del sistema de asignación de citas Call center, servicio telefónico, presencial, internet.	4 informes estadísticos con su respectivo análisis y planes de mejoramiento. Trimestral	Estadística Subgerencia Ambulatoria	2018-01-30	2019-01-10	Mensualmente se presenta a la Oficina Asesora de Calidad, los informes correspondientes a la Resolución 1552 de 2013, 0256 de 2016 y 0408 de 2018. De igual forma el Call Center remite informe de citas cumplidas e incumplidas y tiempo ocioso en la consulta, con el fin de medir la Productividad y el % de utilización de la capacidad instalada en Consulta Externa.	67%
	Ajustar el sistema de PQR para que permita hacer seguimiento al ciudadano del estado de la petición, queja, reclamo y denuncia	Aplicación ajustada	UFATI SIAU	2018-01-30	2019-01-10	Ajustar el sistema de PQR para que permita hacer seguimiento al ciudadano del estado de la petición, queja, reclamo y denuncia	80

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Talento humano	Capacitación al personal que atiende a la ciudadanía en temas de derechos y deberes de los usuarios.	500 colaboradores y funcionarios capacitados (incluye residentes) Lista de asistencia. Memorias	SIAU. Talento Humano	2018-01-30	2019-01-10	Se realizó inducción general a través del aula virtual de aprendizaje (Plataforma Moodle), en donde se encuentra el módulo de calidad, he incluido el tema del SIAU, sobre derechos y deberes de los usuarios. A la fecha 663 colaboradores han cursado y aprobado el módulo	100
	Elaborar mecanismos de evaluación periódica del desempeño de los funcionarios, contratistas y colaboradores en torno al servicio al ciudadano	1 mecanismos de evaluación debidamente documentado	SIAU. Talento Humano	2018-01-30	2019-01-10	Se adopta el sistema tipo de evaluación del desempeño Vigencia 2018. Se adoptó formato de acuerdos de gestión. Se evalúan propuestas de los posibles contratistas en cumplimiento del Instructivo GTH-IN-04 V4 Diciembre de 2017	100
Normativo y procedimental	Implementación de la Política de tratamiento de datos personales de la ESE HUS	Evidencias de implementación	Subgerencia Administrativa y Financiera. Subgerencia de Apoyo Diagnostico. Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico. Jurídica SIAU	2018-01-01	2019-01-10	APOYO DIAGNOSTICO: Dando cumplimiento la protección de datos personales ley 1581 de 2012, se instalaron carteles en las salas de encuestas tanto del Hemocentro como el Hemobus, donde se informa a los usuarios que sus datos quedaran protegidos. Se anexan fotos de los	60

						<p>carteles instalados</p> <p>SUBADMINISTRATIVA: A partir del mes de Julio de 2018 se incorporó en cada llamada que recibe el Call Center, un mensaje de voz sobre tratamiento de datos personales</p> <p>SUBADMINISTRATIVA: En la página web de la Institución se encuentra la Política de datos personales ley 1581 y Autorización ley de protección de datos HUS</p>	
	Realizar control y seguimiento al cumplimiento de la Política de tratamiento de datos personales de la ESE HUS	Informe de seguimiento	Control Interno	2018-01-01	2019-01-10	Se inicia investigación para realizar diagnóstico del cumplimiento de la Política de Tratamiento de datos personales	20
Relacionamiento con el ciudadano	Elaborar la caracterización de los usuarios - grupos de interés, e incluirlos en el Código de Ética u Buen Gobierno.	Una (1) Documento de la Caracterización	Desarrollo Institucional. SIAU.	2018-01-30	31/06/2018	Se está realizando la consolidación del año actual, considerando las instrucciones de la función pública, presentadas el 12 de septiembre de 2018 por facebooklive. Los resultados se entregarán en enero del año 2019	70%

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Relacionamiento con el ciudadano	Elaborar informe consolidado de percepción del usuario frente al servicio y frente a la respuesta dada a la PQRD	4 Informes (trimestral)	SIAU	2018-01-01	2019-01-10	Presentación de los resultados en consolidado a comité de calidad Y Cuadro Consolidado de Quejas con tiempos de respuesta Acta enviada por comites@hus.gov.co a Control interno. Adjunto correo de respuesta de Comités.	60
	Actualizar frecuentemente la información sobre la oferta Institucional en los diferentes canales de atención	Evidencia de actualización	Desarrollo Institucional	2018-01-01	2019-01-10	Se realizó la actualización de la oferta de servicios según la constancia de habilitación 2018 y la Resolución 291 del 18 de Junio de 2018	100%

Fuente: Informe avances Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – Entregado por los responsables.

## 6.6. Transparencia y Acceso a la Información

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Lineamientos de Transparencia Activa	Publicar información establecida en la estrategia de Gobierno Digital y transparencia acorde a la normatividad vigente.	temas a publicar en el año 2018 en la página WEB del Hospital	Desarrollo Institucional	2018-01-01	2019-01-10	Se publicó toda la información de transparencia y acceso a la información	100%
	Capacitar a los funcionarios, contratistas y colaboradores respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014	500 colaboradores y funcionarios capacitados (incluye residentes) Lista de asistencia. Memorias	Talento Humano Desarrollo Institucional	2018-01-30	2018-12-31	En el Hemocentro se hizo la capacitación de la ley de transparencia y acceso a la información. En la inducción virtual, a través de la plataforma Moodle, se dio a conocer la ley de transparencia y acceso a la información	100%
	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.	Pantallazo de publicación de la campaña diseñada en redes sociales y página web	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2018-12-31	La información reportada no corresponde a la acción propuesta.	0%
	Publicación en la página web HUS del registro de activos de información	Publicación en la página web HUS del registro de activos de información	UFATI	2018-01-01	2018-06-30	De acuerdo a muchas dudas surgidas en la presentación al comité Antitrámites. Se solicitó el apoyo de la presidencia de la república en cuando a la elaboración de los instrumentos de Gestión de Información Pública. De esta visita se inició un nuevo trabajo aplicando la metodología dada	50

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Lineamientos de Transparencia Activa	Diseñar campaña institucional de divulgación, prevención de corrupción y transparencia en redes sociales y página web	Pantallazo de publicación de la campaña diseñada en redes sociales y página web	Control Interno Disciplinario. Desarrollo Institucional	2018-01-30	2019-01-10	Se revisó el mapa de riesgos de la entidad y se escogió el riesgo más alto dentro de los riesgos moderados: "incumplimiento del protocolo de atención de pacientes en urgencias", estableciendo un plan de acción, cuya primera fase es de la exploración y diseño de la campaña, para lo cual se llevaron a cabo 2 reuniones, una con el grupo de trabajo de la oficina de control interno disciplinario y desarrollo institucional y otra con el equipo y los drs Rafael Castellanos y Javier Martínez quienes conocen a fondo el funcionamiento del proceso misional de urgencias para definir la metodología de trabajo e informarnos sobre la dinámica del proceso	80
	Publicar la política de seguridad de la información publicada en la sección de Transparencia y acceso a la información del sitio Web oficial de la ESE HUS	Publicación en la página web HUS de la política de seguridad de la información	UFATI	2018-01-01	2018-06-30	Se definió y aprobó la política de seguridad y confidencialidad de la Información. Se solicitó la publicación en la página Web	50
Lineamientos de Transparencia Pasiva	Elaborar informe trimestral Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas de manera negativa por inexistencia de la información solicitada	4 Informes de seguimiento PQRs publicado en la página web Institucional (Trimestral)	SIAU Todos los procesos	2018-01-01	2019-01-10	No reportan avance	0

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	Definición del procedimiento para la actualización mensual del registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	Procedimiento de registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	UFATI	2018-01-30	2018-06-30	Se solicitó apoyo a través de la Presidencia de la Republica, logrando la asistencia de una persona la hospital. Se recibió capacitación y una guía para la construcción de los instrumentos de gestión de la información pública. Se realizó el inventario de activos de Información partiendo de las Tablas de Retención, se complementó con otra información levantada en el flujo de información y se envió a las áreas para su revisión.	50
	Sensibilización al interior de la entidad del Procedimiento de registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	Listado de asistencia	Subgerencia Administrativa y Financiera UFATI	2018-04-01	2018-12-31	No reportan avance	0
	Consolidación del registro de activos de información	Registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	UFATI	2018-01-30	2018-06-30	Se realizó el inventario de activos de Información partiendo de las Tablas de Retención, se complementó con otra información levantada en el flujo de información y se envió a las áreas para su revisión.	50
	Actualizar y aprobar por medio de acto administrativo el Programa de Gestión Documental	PGD publicado en página web	UFATI	2018-01-30	2018-06-30	No se ha logrado contar con el profesional de Gestión Documental necesario para apalancar la construcción e implementación de los instrumentos archivísticos. Se envió nuevamente el oficio a la subgerencia Administrativa reiterando las competencias que debe tener el profesional.	20
	Diseño del esquema de publicación	Documento que describe el esquema de publicación	Desarrollo Institucional UFATI.	2018-01-30	2018-06-30	Se ha estado trabajando con prensa para presentar a mediados de septiembre la nueva página.	20

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	Implementación del esquema de publicación	Página Transparencia y Acceso a la Información Pública ajustada en cumplimiento de los requisitos de publicación de información de GEL	Desarrollo Institucional UFATI.	2018-04-01	2018-12-31	Se realizó el diagnóstico y la actualización de los requisitos mínimos de publicación en la página web	10%
	Divulgación del esquema de publicación en la página web HUS	Pantallazo de publicación del esquema en la página web	UFATI	2018-01-30	2018-06-30	Se ha estado trabajando con prensa para presentar a mediados de septiembre la nueva página.	20
	Elaborar e inscribir en el banco de proyectos iniciativa que permita construir recursos en la página web que permita el acceso a la información a la población con discapacidad (ej. videos con lenguaje de señas o con subtítulos)	Certificación del proyecto inscrito en el banco de proyectos	UFATISIAU	2018-01-30	2018-12-31	En el plan de acción 2018 se dejó la meta MR2. Implementar acciones de Enfoque Diferencial (niños, niñas y adolescentes, enfoque diferencial en discapacidad, mayores, mujeres, personas en situación de desplazamiento). Se va a iniciar con publicación para niños.	10
	Capacitación a los funcionarios, contratistas y colaboradores en tema de datos abiertos y Ley de transparencia	500 colaboradores y funcionarios capacitados (incluye residentes) Lista de asistencia. Memorias	Talento Humano Desarrollo Institucional	2018-01-30	2018-06-30	En el Hemocentro se hizo la capacitación de la ley de transparencia y acceso a la información. En la inducción virtual, a través de la plataforma Moodle, se dio a conocer la ley de transparencia y acceso a la información	100%



SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	Identificación de información que pueda ser usada como dato abierto	Inventario de información disponible para datos abiertos	UFATI Desarrollo Institucional	2018-07-01	2019-01-10	Actividad no iniciada	0
Criterio diferencial de accesibilidad	Reportar actividades realizadas que permitan garantizar una atención accesible, contemplando las necesidades de la población con discapacidades (En Marzo de 2018 se presentaran las acciones a realizar)	2 reportes de las actividades realizadas dirigidas a usuarios en condición de discapacidad	Desarrollo Institucional	2018-01-30	2018-12-31	Se vinculó al equipo de trabajo un profesional intérprete en lenguaje de señas para facilitar garantizar una atención accesible, contemplando las necesidades de la población con discapacidades	100%
	Realizar diagnóstico de aplicación de los criterios de accesibilidad y usabilidad de la NTC 5854 del MINTIC en la página web institucional.	1 Informe de diagnóstico de la evaluación realizada	UFATI	2018-04-01	2018-12-01	Actividad no iniciada	0
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	Informe de seguimiento implementación Gobierno Digital	Control Interno	2018-12-31	2019-01-01	Se inicia seguimiento al plan de implementación MIPG que incluye la estrategia de Gobierno Digital	30
	Presentar informe del cumplimiento al cronograma contractual. (Estado y avance de los procesos - Estadística de adjudicaciones	2 Informes (semestral)	Jurídica	2018-01-01	2019-01-01	No reportan avance	0

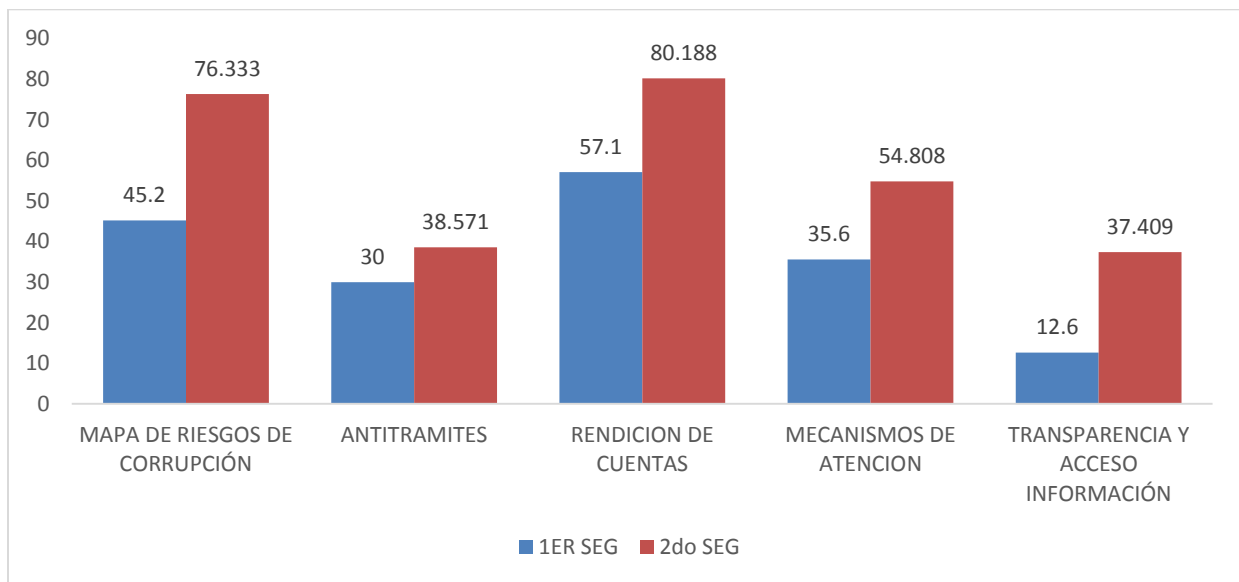
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	% AVANCE
Monitoreo del Acceso a la Información Pública	Elaborar e implementar encuesta de satisfacción del ciudadano sobre Transparencia y acceso a la información en el sitio Web oficial de la ESE HUS	1 diseño de encuesta. 2 resultados de encuesta con sus respectivo análisis (aplicación semestral)	Desarrollo Institucional UFATI	2018-01-01	2019-01-01	Se realizó el diseño de la encuesta	33%

Fuente: Avances reportados por cada uno de los responsables

## 7. PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

ESTRATEGIA	% CUMPLIMIENTO
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	76,3
ANTITRAMITES	38,6
RENDICION DE CUENTAS	80,2
MECANISMOS DE ATENCION	54,8
TRANSPARENCIA Y ACCESO INFORMACIÓN	37,4
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN</b>	<b>57,5</b>

*Elaboración propia.*

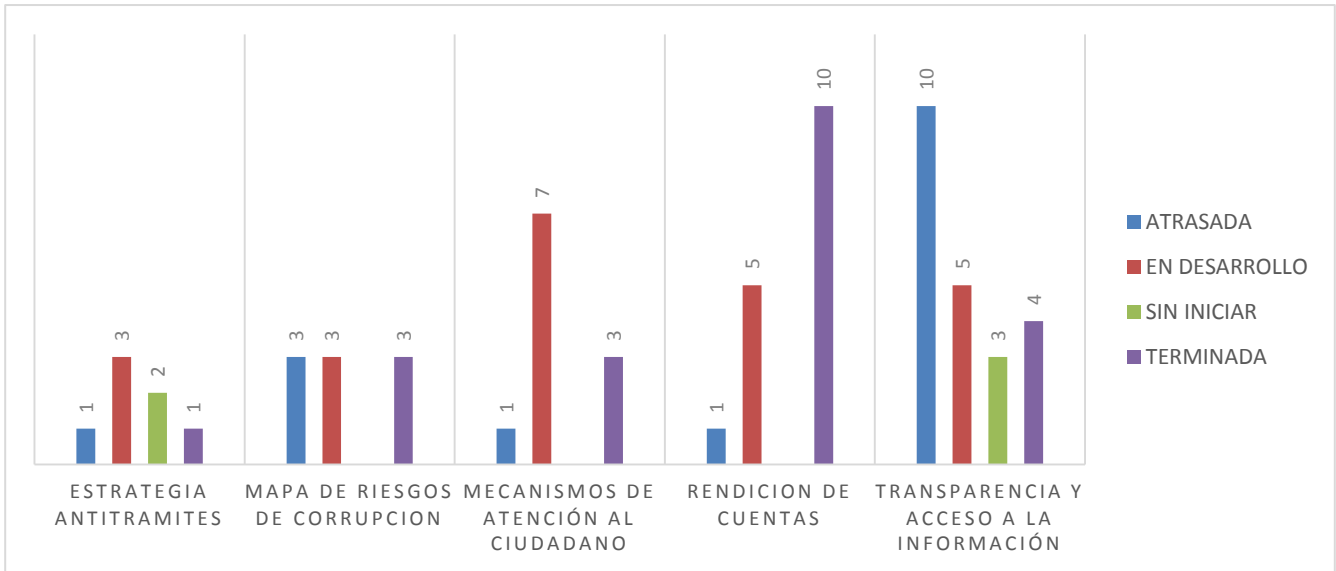


*Elaboración propia.*

## ESTADO POR COMPONENTES

COMPONENTE	ATRASADA	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADA
ESTRATEGIA ANTITRAMITES	1	3	2	1
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION	3	3	0	3
MECANISMOS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	1	7	0	3
RENDICION DE CUENTAS	1	5	0	10
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	10	5	3	4
<b>Total general</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>21</b>

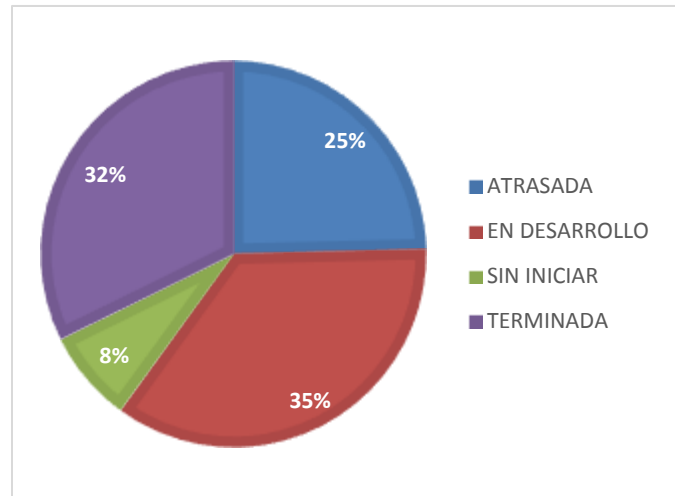
*Elaboración propia.*



*Elaboración propia.*

### ESTADO DE LAS ACCIONES

ESTADO	CANT
ATRASADA	16
EN DESARROLLO	23
SIN INICIAR	5
TERMINADA	21
<b>Total general</b>	<b>65</b>



*Elaboración propia.*

## 8. RECOMENDACIONES

1. Se requiere elaborar la caracterización de usuarios y grupos de interés del HUS que permita identificar los canales sobre los que se deben priorizar las acciones para la atención adecuada según el tipo de usuario, la forma en que se debe presentar la información, los ajustes que son fundamentales en la infraestructura física, las posibilidades de implementación de nuevas tecnologías para la provisión de trámites y servicios, los protocolos que se deben utilizar para interactuar con los ciudadanos, y los servicios que se deben entregar.
2. Se debe culminar la elaboración del inventario de activos de información acorde a la metodología planteada y actualizarlo anualmente.
3. Se recomienda construir, implementar y aprobar por medio de acto administrativo el Índice de Información Reservada y Clasificada de la entidad y publicarla en la sección de Transparencia y acceso a la información pública del sitio Web oficial de la ESE HUS.
4. Se recomienda construir, implementar y aprobar por medio de acto administrativo el esquema de publicación y publicarlo en la sección de Transparencia y acceso a la información pública del sitio Web oficial de la ESE HUS.
5. Frente a las acciones en estado atrasado 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. Si es necesario, se debe replantear las actividades a fin de que se puedan cumplir. Si realizan cambios se debe notificar y justificar a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y Oficina Asesora de Control Interno para su respectivo seguimiento.

## 9. 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 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 evitar acciones malintencionadas por parte de algún colaborador en busca de su propio beneficio y se ha creado el Comité Antitrámites con el fin de avanzar y regular lo correspondiente no solo a trámites y servicios sino al cumplimiento de la estrategia de Gobierno en línea.
- Se ha evidenciado el cumplimiento normativo de la Rendición de Cuentas, pero adicionalmente otros espacios que ha establecido el Hospital y que se han mantenido en el tiempo en que la Gerencia informa a la comunidad a través de su representante lo relativo a la gestión realizadas 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 57,5% de Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

**JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS**

Jefe Oficina Asesora Control Interno