



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

05GIS15 - V1

Al contestar por favor cite:2016110014990-1



Bogotá, 27 de diciembre de 2016

Doctor
JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente
E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana
E. S. D.

Referencia: Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Cordial saludo.

Conforme a lo establecido en la guía de estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la Presidencia de la Republica y publicado por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, adjunto seguimiento con fecha de corte a diciembre de 2016.

El porcentaje de cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano es del 65.9%.

Atentamente,

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno



ENTIDAD:

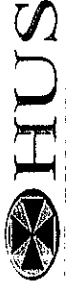
VIGENCIA:

FECHA DE PUBLICACIÓN

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

2016

DICIEMBRE 30 DE 2016



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
PRIMER COMPONENTE: DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	Política Administración de Riesgo: Revisión de la política de gestión y Administración del Riesgo institucional "Mejor es prevenir que curar", para ser integrada con el Riesgo de Corrupción.	La política de Administración del riesgo código 01DE06-V1, aprobada el 07/03/2016 registran la política: 'MEJOR ES PREVENIR QUE CURAR', en su definición se agrega '...tanto los procesos como los posibles actos de corrupción...' El programa de Administración del Riesgo con código 01GC01-V1 (en sus dos versiones con fechas de aprobación 13/06/2014 y 07/03/2016).	100%	
	Política Administración de Riesgo: aprobación de la política Institucional de Gestión del Riesgo.	El mapa de riesgos de corrupción contiene 16 riesgos de corrupción, soportados en los mapas de riesgos de los procesos de: Gestión de la información (1), Gestión Jurídica (3), Gestión de bienes y servicios (3), Talento Humano (3), Gestión financiera (3), Atención al usuario y su familia (1).	88%	
	Consulta y Divulgación: Divulgación de las Matrices de Riesgo , tanto de procesos como institucional.	1. Las matrices de riesgos por proceso se encuentran publicadas en la Intranet para consulta permanente de los servidores públicos. 2. La matriz de riesgos institucionales 2016 se encuentra publicada en el sitio WEB link planeación gestión y control/ mapa de riesgos institucionales	100%	En el sitio WEB se encuentra publicado la matriz de riesgo institucional de código 08DE02-V1 y en Intranet se encuentran publicados: la revalorización matriz riesgo institucional Bogotá 2015 código 08DE02-V3, la matriz institucional Bogotá código 08DE02-V2 y la matriz riesgo institucional Zipaquirá- código 08DE03-V1

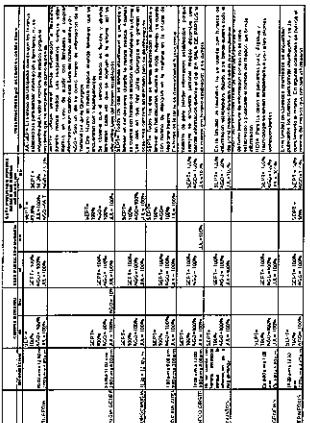
COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
GESTIÓN DEL RIESGO	<p>Monitoreo y Revisión: Definiciones de planes de mejora de la matriz de riesgos institucional (Controles).</p>	<p>Control Interno ha realizado el seguimiento al Plan de mejoramiento por procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, el Plan contiene 275 acciones de mejora de las cuales 75, que equivale al 27,27%, tienen como fuerte la gestión del riesgo, todas las acciones de mejora registran descripciones de control y resultados.</p> <p>Priorizados los riesgos se construyó el mapa de riesgos institucionales que contiene 67 riesgos de los cuales se ha definido para cada uno de ellos sus causas y efectos.</p>	89%	
	<p>Seguimiento: Auditoria interna para análisis de causas, riesgos de corrupción y efectividad de controles incorporados en el Mapa de Riesgo institucional.</p>	<p>Control Interno viene desarrollando el seguimiento al mapa de riesgos institucionales que contiene 67 riesgos, 14 de los cuales están tienen como tipología "riesgos de corrupción" y que corresponde al 21% de los riesgos de la E.S.E.</p> <p>LA efectividad de los controles hace parte del informe, teniendo como base el atributo del riesgo, junto con la caracterización del proceso.</p>	75%	
	<p>Identificación de los trámites institucionales: inscripción de la institución en la pagina del Sistema Único de información de trámites SUIT.</p>	<p>Se verifico en el aplicativo SUIT y se evidencia la inscripción de la entidad.</p>	100%	<p>El día 23 de diciembre se presento la racionalización de tramites de laboratorio clinico.</p>

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
	<p>Identificación de los trámites institucionales: - Identificación (inventario) de los trámites institucionales con los que actualmente el hospital cuenta. Debe incluir: -Nombre del trámite, proceso o procedimiento. -Tipo de Racionalización. -Acción específica de la racionalización.- Estado actual.</p>	<p>Se verifico en el aplicativo SUIIT la inscripción, aprobación y racionalización de los siguientes tramites y/o OPAS: -Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos. - Historia clínica. - Certificado de defunción. - Examen de laboratorio clínico. - Atención Inicial de Urgencias. - Certificado de paz y salvo. - Certificado de nacido vivo. - Asignación de cita para la prestación de servicios en salud. - Terapia - Radiología e imágenes diagnosticas.</p>	<p>100%</p>	<p>Se presento la racionalización del tramite de laboratorio clinico, con el fin de optimizarlo.</p>
	<p>Identificación de los trámites institucionales: -Priorización de tramites por medio de diferentes medios: Factores Externos: -Plan departamental de Desarrollo. - Referenciación competitiva.- Frecuencia de solicitud de trámites. - Encuestas a los usuarios. -PQRS.</p>	<p>Se verifico en el aplicativo SUIIT la aprobación y racionalización de los tramites (9) y/o OPAS (1), todos ellos Entidad - Usuario, buscando siempre la satisfacción del usuario y su familia.</p>	<p>100%</p>	<p>Con el apoyo del Departamento Administrativo de la Función pública y la Secretaría de Salud de Cundinamarca se realizo la priorización teniendo como en cuenta los diferentes factores externos.</p>
	<p>Identificación de los trámites institucionales: -Priorización de trámites por medio de diferentes medios: Factores Internos: -Pertinencia del trámite. -Complejidad del trámite. -Costos. -Tiempos de ejecución.</p>	<p>Se verifico en el aplicativo SUIIT la aprobación y racionalización de los tramites (9) y/o OPAS (1), todos ellos Entidad - Usuario, buscando siempre la satisfacción del usuario y su familia.</p>	<p>100%</p>	<p>Con el apoyo del Departamento Administrativo de la Función pública y la Secretaría de Salud de Cundinamarca se realizo la priorización teniendo como en cuenta los diferentes factores internos.</p>
	<p>Identificación de los trámites institucionales: -Definición de los trámites racionalizados a implementar mediante el uso de las TICS en uno o cada uno de los tres aspectos: -Normativos. -Administrativos. -Tecnológicos.</p>	<p>Racionalizados e implementado los tramites en el sector salud en el sistema único de información y tramites - SUIIT, teniendo en cuenta los aspectos normativos, administrativos y tecnológicos se identificaron los tramites institucionales y realizo su implementación en la E.S.E.</p>	<p>100%</p>	

SEGUNDO COMPONENTE:
 RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
	<p>Identificación de los trámites institucionales; Elaboración de la Estrategia anti trámites que debe incluir como mínimo: -Nombre del trámite proceso o procedimiento de cara al usuario que será objeto de racionalización. - Seleccionar el tipo de racionalización: normativa, administrativa o tecnológica. -Seleccionar la acción específica de racionalización, según el tipo de racionalización elegido. -Describir de manera concreta la situación actual del trámite, proceso o procedimiento a intervenir. -Describir de manera precisa en que consiste la acción de mejora o racionalización que se va a realizar al trámite, proceso o procedimiento.</p>	<p>Se verifico en el aplicativo SUIT la inscripción de la entidad, Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos. - Historia clínica. - Certificado de defunción. Se verifico en la pagina WEB del aplicativo SUIT la aprobación de los nuevos trámites y una OPA, ellos son: - Examen de laboratorio clínico. - Atención Inicial de Urgencias. - Certificado de paz y salvo. - Certificado de nacido vivo. - Asignación de cita para la prestación de servicios en salud. - Terapia - Radiología e imágenes diagnosticas.</p>	100%	
	<p>Identificación de los trámites institucionales; Auditoria interna para análisis de causas, riesgos de corrupción y efectividad de controles incorporados en el Mapa de Riesgos Institucionales.</p>	<p>Control Interno viene desarrollando el seguimiento al mapa de riesgos institucionales que contiene 67 riesgos, 14 de los cuales están tienen como tipología "riesgos de corrupción" y que corresponde al 21% de los riesgos de la E.S.E. La efectividad de los controles hace parte del informe, teniendo como base el atributo del riesgo, junto con la caracterización del proceso.</p>	75%	
	<p>Información: Elaboración del Plan para la Rendición de Cuentas según lo definido en el Manual Único de Rendición de Cuentas elaborado en desarrollo del documento CONPES 3654 de 2010.</p>	<p>La entidad programa y realizo Audiencias Publicas de rendición de cuentas en el mes de marzo de 2016, sin el cumplimiento de la totalidad de las directrices del Manual y la Normatividad.</p>	80%	<p>No se evidencia en el sitio WEB el Plan para la rendición de cuentas.</p>
<p>COMPONENTE: ON DE CUENTAS</p>	<p>Diálogo: Implementación y Desarrollo de la Estrategia (Plan para la Rendición de Cuentas).</p>	<p>La Gerencia desarrollo y comunico la información unidireccional de entrega de resultados a través de Monólogos, en cada uno de los eventos programados.</p>	50%	<p>La vigencia de la rendición de cuentas fue de los periodos 2012 a 2015. El cargue de la información se realizo el 16 de abril de 2016</p>



COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
TERCER RENDICION	Incentivo: Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas DEFINIR		0%	
	Evaluación y Retroalimentación: Evaluación interna y externa del proceso de Rendición de Cuentas consolidada en un Plan de Mejora Institucional y divulgarlo.		0%	No se evidencia la Evaluación y retroalimentación
CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO	Fortalecimiento de los canales de atención al ciudadano: Realizar seguimiento al cumplimiento de los horarios diarios de información médica a familiares de los pacientes hospitalizados y toma de correctivos según resultados.	Se ha realizado el seguimiento por especialidad medica y por meses, como el que se adjunta.	100%	Se adjunta informe del periodo julio, agosto y septiembre de 2016
	Fortalecimiento de los canales de atención al ciudadano: Realizar seguimiento al cumplimiento de los horarios diarios de consulta Médica y Toma de correctivos según resultados.		92%	
	El acta No. 75 de 19 de octubre de 2016 tiene por objeto seguimiento bitácoras de llegada especialistas (Anestesiología, Cabeza y cuello, clínica de heridas, CX general, Cx plástica, dermatología, ginecobstetricia, neurología, neurocirugía, ortopedia, otorrino, reumatología, vascular) correspondiente a los meses de agosto y septiembre.	Y el acta 89 del 16 de noviembre de 2016 sensibiliza sobre la oportunidad en el inicio de las agendas de Ginecobstetricia.		
	Fortalecimiento de los canales de atención al ciudadano: Fortalecer la información y orientación al usuario en la recepción del HIUS (al ingreso al HIUS).		0%	



COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
	Normativa y Procedimiento: Actualizar el procedimiento de recepción, trámite y respuesta de peticiones de usuarios e implementarlo.	Se verifica nuevamente y el procedimiento 02AU12-V3 publicado en la intranet es fecha de aprobación 15 de noviembre de 2013	0%	
	Talento Humano: Capacitación al recurso humano del HUS sede Bogotá y U.F. Zipaquirá en temas de cultura de servicio, servicio al cliente, humanización del servicio y demás temas relacionados a grupos prioritarios (personal médico, enfermería, facturadores y de vigilancia).	Se realizaron capacitaciones incluidas en el programa de capacitaciones - PIC de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en el programa de Humanización.	3%	Dentro del Cronograma de capacitaciones que contiene 153 actividades, en el se encuentra la realización de capacitaciones del programa de humanización y servicio al cliente, no hay capacitaciones para cultura del servicio. Se adelanta la gestión con el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA para realizar en la entidad la capacitación, sin inscripciones por parte de los servidores públicos; se informa que la Dirección de atención al usuario manifiesta que las capacitaciones sobre humanización las realiza en reintroducción e inducción, sin embargo analizados los contenidos de la reintroducción e inducción no se observa que se profundice sobre el tema.
UNTO COMPONENTE: C A LA INFORMACIÓN	Lineamientos de Transparencia Activa: Publicación de información mínima obligatoria de procedimientos, servicios y funcionamiento.		50%	SE observa que los link del sitio WEB, para publicaciones se encuentra organizado sin embargo no es oportuna y completa la publicación de la información.

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO	<p>En el SECOOP se continúa publicando la información de los procesos de contratación, de enero a septiembre de 2016 se ha publicado el 57,6% de la Contratación de funcionamiento de la entidad.</p> <p>En el aplicativo SIA CONTRALORIAS, se publicó la información de enero a septiembre de 2016 y en el SIA OBSERVA se viene publicando mes a mes, según indicaciones de la Auditoría General de la República, los procesos de adquisición de bienes y servicios.</p> <p>Los procesos de bienes y servicios son publicados de manera parcial en el sitio WEB de la E.S.E.</p>	<p>Lineamientos de Transparencia Activa: Publicación de información sobre contratación pública.</p>	77,5%	
	<p>Lineamientos de Transparencia Activa: Publicación y divulgación de información establecida en la Estrategia de Gobierno en línea.</p>	<p>En lo referente democracia en línea e información en línea se viene dando cumplimiento</p>	75%	<p>Los link del sitio WEB de la E.S.E. para publicaciones se encuentra organizado sin embargo no es oportuna y completa la publicación de la información.</p>
	<p>Lineamientos de transparencia pasiva: La transparencia pasiva se refiere a la obligación de responder las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la ley.</p>		0%	
	<p>Elaboración de instrumentos de gestión de la información: Implementación de los 3 instrumentos establecidos por la ley para apoyar el proceso de gestión de información de las entidades. -El registro o inventario de activos de información. -El índice de información clasificada y reservada.</p>		0%	

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES														
	Elaboración de instrumentos de gestión de la información: Articulación de los instrumentos de gestión de información con los lineamientos del Programa de Gestión Documental (ORFEO).	<p>Por acto administrativo de 2015 se adoptaron las TRD. La estructura del aplicativo ORFEO se basa en la estructura orgánica y las tablas de retención - TRD aprobadas en el 2015.</p>	100%															
	<p>Criterio diferencial de accesibilidad: Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles que permita su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales del país y para las personas en situación de discapacidad.</p>	<p>Conforme lo indica la meta de producto se elaboró diagnóstico de la población con limitaciones, realizado con la base de datos del aplicativo DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA, en los últimos cuatro años, con el siguiente resultado: Se atiende a una población de 250,493 usuarios y se identificaron que el 2,17% presenta discapacidad según los tipos discapacidad así:</p> <table border="1" data-bbox="711 949 984 1289"> <thead> <tr> <th>TIPO DE DISCAPACIDAD</th> <th>CANTIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AUDITIVA</td> <td>460</td> </tr> <tr> <td>COGNITIVA</td> <td>441</td> </tr> <tr> <td>FISICA</td> <td>2.851</td> </tr> <tr> <td>MENTAL</td> <td>956</td> </tr> <tr> <td>VISUAL</td> <td>728</td> </tr> <tr> <td>TOTAL CON DISCAPACIDAD</td> <td>5.436</td> </tr> </tbody> </table>	TIPO DE DISCAPACIDAD	CANTIDAD	AUDITIVA	460	COGNITIVA	441	FISICA	2.851	MENTAL	956	VISUAL	728	TOTAL CON DISCAPACIDAD	5.436	50%	Documento elaborado por la subdirección de sistemas y Defensoría del usuario, documento sin firmas.
TIPO DE DISCAPACIDAD	CANTIDAD																	
AUDITIVA	460																	
COGNITIVA	441																	
FISICA	2.851																	
MENTAL	956																	
VISUAL	728																	
TOTAL CON DISCAPACIDAD	5.436																	
	<p>Criterio diferencial de accesibilidad: Adecuar los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a población en situación de discapacidad.</p>	<p>Se realizó diagnóstico y análisis de las condiciones físicas de señalización, emergencias, servicios sanitarios, ingresos (puertas, escaleras, rampas) y ambiente exterior de la población en situación de discapacidad.</p>	100%															
	<p>Criterio diferencial de accesibilidad: Implementar los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad.</p>																	

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES	<p>Monitoreo del acceso a la información pública: Generar un informe de solicitudes de acceso a información que contenga: 1. El número de solicitudes recibidas. 2. El número que solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. 3. El tiempo de respuesta a cada solicitud. 4.El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.</p>	<p>A través de ORFEO se obtiene un consolidado estadístico de PQRS, de uso manual en el que se puede ver el número de solicitudes recibidas, el tiempo de respuesta.</p>	50%	<p>NO se realizó el procedimiento sin embargo a través de ORFEO se obtiene un consolidado estadístico de PQRS, de uso manual en el que se puede ver el número de solicitudes recibidas, el tiempo de respuesta.</p>
	<p>Iniciativa adicional: Medir adherencia al conocimiento del código de ética institucional en grupos prioritarios.</p>	<p>La encuesta elaborada se aplico a 94 servidores públicos y que corresponde al 6,46 % de servidores públicos de le E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y 41 encuestas realidad a residentes y/o estudiantes y/o internos. La adherencia al conocimiento del código de ética de la muestra de servidores públicos es del 54,7%</p>	55%	<p>Como hospital Universitario los residentes, estudiantes y residentes realizan sus practicas en Salud.</p>
	<p>Iniciativa adicional: Toma de acciones según resultados</p>	<p>Segun los resultados de la adherencia, el comité defnito continuar con la resocialización dell Código de etica utilizando las siguientes estrategias: publicación de un video del codigo de etica en lel circuito cerrado de television,; colocación del stand con el codigo de etica durante la celebración del día del paciente samaritano y la publicación del calendario recursos del 2017.</p>	100%	<p>Los comités institucionales son grupos colegiados que tienen por objeto asesorar al representante legal.</p>

YETICA HERNANDEZ A.

Jefe Oficina Control Interno

Bogotá, Diciembre 30 de 2016