

ENTIDAD:

VIGENCIA:

FECHA DE PUBLICACIÓN

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

2017

AGOSTO 31 DE 2017



COMPONENTE	No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
PRIMER COMPONENTE: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	1	Definir e implementar estrategias para socializar la política y el programa de gestión en los diferentes procesos		0%	
	2	Capacitar y asesorar a la alta Dirección en la Gestión del Riesgo		0%	
	3	Revisar y ajustar el Mapa de riesgos Institucional		0%	
	4	Publicar y socializar el mapa de riesgos de corrupción con los ajustes correspondientes	<p>La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana con la publicación en el sitio WEB del Plan anticorrupción y atención al ciudadano publico el mapa de riesgos de corrupción 2017.</p> <p>El mapa contiene riesgos de corrupción de nueve (9) procesos, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1, Direccionamiento 4 riesgos de corrupción, descritos los controles la zona de riesgo es alta (4). 2, Gestión del Talento Humano, 3 riesgos de corrupción, descritos los controles la zona de riesgo es moderada (2) y alta (1). 3, Gestión financiera, 4 riesgos de corrupción, descritos los controles la zona de riesgo es moderada (3) y alta (1). 4, Gestión de bienes y servicios, 3 riesgos de corrupción, descritos los controles la zona de riesgo es moderada (1) y alta (2). 5, Atención al Usuario y su familia, 1 riesgo de corrupción, descritos los controles la zona de riesgo es alta. 6, Gestión Jurídica, 1 riesgo de corrupción, descritos los controles la zona de riesgo es alta. 7, Gestión de la información, 2 riesgos de corrupción, descritos los controles la zona de riesgo es alta (1), y extrema (1). 8, Facturación y recaudo, 1 riesgo de corrupción, descritos los controles la zona de riesgo es moderada. 9, Auditoría y control, 1 riesgo de corrupción, descritos los controles la zona de riesgo es moderada. 	50%	El mapa de riesgos de corrupción fue elaborado por la oficina asesora de planeación y gestión de la calidad. No se con la evidencia de la socialización.

COMPONENTE	No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES	
SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	5	Revisión y monitoreo del programa de Gestión del Riesgo		0%		
	6	Auditoría Interna para análisis de causas, riesgos de corrupción y efectividad de controles incorporados en el mapa de Riesgos Institucional	Se realizó seguimiento a los hallazgos del plan único de mejora por proceso - PUMP, cuya fuente es la gestión del riesgo, la auditoría de control Interno y la auditoría de la Contraloría de Cundinamarca, según lo establecido en el procedimiento 03GC03-V4, actividad 11, aprobado el 26-06-2017.	50%	El procedimiento 03GC03-V4, actividad 11, aprobado el 26-06-2017 establece: 'realizar seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora de fuente de gestión del riesgo', responsable Jefe de la oficina asesora de Control Interno.	
	1	Inclusión de un link en la página WEB de la E.S.E. Hospital L Universitario de la Samaritana que permita al ciudadano consultar los trámites y OPA, definidos por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y avalados por el DAFP.	La estrategia de Gobierno en línea establece los vínculos con las entidades y aplicativos del estado, El aplicativo SUIT del DAFP para trámites y OPA tiene establecido el vínculo.	100%	El link se creó en cumplimiento de La ley 1712 de 2014 por medio del cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información a la información pública Nacional.	
	2	Continuar con el proceso de racionalización del trámite de laboratorio clínico de la E.S.E. Hospital L Universitario de la Samaritana Bogotá y la Unidad Funcional Zipaquirá	Se están entregando los resultados de laboratorios clínicos de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 4.00 p.m. y sábados de 7:00 a.m. 12.00 m, en las sedes Bogotá y Unidad Funcional de Zipaquirá. Se realiza la entrega de resultados de laboratorio clínico de manera presencial y vía de correo electrónico, previa autorización del usuario.	100%		
	3	Racionalizar un nuevo trámite según la priorización emitida por el sistema			0%	
	4	Seguimiento a los resultados logrados en la implementación de las estrategias de racionalización de trámites priorizadas e implementadas.				

COMPONENTE	No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS	1	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	En el Link Planeación, Gestión y Control del sitio WEB se encuentra con fecha 30 de marzo de 2017, la Invitación pública a la Audiencia publica rendición de cuentas periodo 2016; el resumen del comunicado de prensa, información sobre el periodo de inscripción y radicación de intervenciones y preguntas, el formato para presentar propuestas y preguntas, lugar de inscripción y radicación de propuestas y preguntas, el informe de gestión vigencia 2016 E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana y Unidad Funcional y el Manual de rendición de cuentas publicado por la presidencia de la Republica, el DAFP y DNP; El informe de rendición de cuentas publicado en el sitio WEB.	83%	No se evidencia documentado la elaboración y presentación de la estrategia /Plan de Rendición de cuentas y/o cronograma de la estrategia de rendición de cuentas y la evaluación.
	2	Realizar la Audiencia publica de rendición de cuentas que incluya: destinación de tiempo durante la Audiencia de rendición para sustentación, explicación y justificación o respuesta de la administración ante las inquietudes de los ciudadanos relacionadas con los resultados y decisiones	El informe se encuentra publicado en el sitio WEB link, planeación gestión y control /rendición de cuentas, informe de la rendición de cuentas 2016, que contiene los resultados obtenidos de la rendición de cuentas; anexos formato de inscripción de propuestas	100,0%	Se destino tiempo durante la audiencia de rendición para sustentación, explicación y justificación o respuesta de la administración ante las inquietudes de los ciudadanos relacionadas con los resultados y decisiones
	3	Elaboración de informe de rendición de cuentas	El informe se encuentra publicado en el sitio WEB link, planeación gestión y control /rendición de cuentas, informe de la rendición de cuentas 2016, que contiene los resultados obtenidos de la rendición de cuentas; anexos formato de inscripción de propuestas y acta de reunión del 20, 26, 27 de abril de 2017, firmada por el representante legal, reuniones realizadas en Bogotá y la Unidad Funcional Zipaquirá.	100%	
	4	Reunión con la asociación de Usuarios de Bogotá y las Unidades Funcionales para definir estrategia hacia la cultura de rendición de cuentas, capacitar e incentivar su participación.		0%	

COMPONENTE	No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
	5	Incluir en el PUMP correspondiente las oportunidades de mejora identificadas en la Audiencia pública de rendición de cuentas. Evaluación interna y externa del proceso de Rendición de cuentas consolidada en un Plan de Mejora Institucional y divulgarlo.		0%	
	1	Realizar seguimiento al cumplimiento de los horarios diarios de información médica a familiares de los pacientes hospitalizados e intervenir en su momento.			
	2	Realizar seguimiento al cumplimiento de los horarios diarios de Consulta médica	Con acta No. 44 de 07-07-2017 se realizo el seguimiento a las bitácoras de llegada de especialistas, en consulta externa, con corte a mayo de 2017; analizada la información se generan correctivos.	50%	En ortopedia se envió correo electrónico a los profesionales, solicitándoles se tomen los correctivos para dar cumplimiento a las agendas.
	3	Establecer compromiso de mejora según resultados del seguimiento	Con los resultados del seguimiento se establecen los siguientes compromisos a cumplir por la Dirección Científica: a). enviar un comunicado a todas las especialidades desde la dirección científica sensibilizando a los profesionales acerca de la oportunidad en la atención y b). citar a los especialistas que considere la dirección científica, para firma de compromisos. Con fecha 10 de junio de 2017 el subdirector operativo de Ortopedia, expide un memorando dirigido a los especialistas de ortopedia y traumatología , con el fin de dar cumplimiento al horario estricto de consulta externa, en forma presencial, acorde a la programación respectiva.	50%	Ginecología se insistió en la toma de correctivos , en DGH se encuentra la planilla e agenda ajustada y las agendas creadas en el sistema. Dermatología y Reumatología se cumple las agendas. Cx vascular registra mejoraría (el 10% de las demoras son atribuibles a la prolongación de los tiempos quirúrgicos) e infectología hay puntualidad. No se evidencia información de la U.F. Zipaquirá.
	4	garantizar punto de información y atención al ciudadano	Con fecha 17-08-2017 se realizo reunión con la dirección administrativa, dirección atención al usuario, subdirectores operativos de defensoría del usuario y desarrollo humano con el objeto de los avances sobre el punto de información de atención al usuario desde el área de recepción.		

INCIAS



COMPONENTE	No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
NO - LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS	5	Actualizar el procedimiento de recepción, tramite y respuesta de peticiones de usuarios en lo relacionado con el sistema ORFEO e implementarlo	El procedimiento recepción, tramite y respuesta a peticiones de usuarios código 02AUF06-V2 se actualizo el 13-06-2017, el cual incluye lo relacionado con el aplicativo ORFEO.	50%	No se evidencia la implementación en Bogotá y en la UF Zipaquirá.
	6	Construir e implementar una política de Protección de datos personales.		0%	La Subdirección informa que se esta en levantamiento de documentación para la construcción de las políticas.
	7	Fortalecer las competencias de los servidores públicos que atienden directamente a los ciudadanos a través de proceso de cualificación	En Carrera administrativa, conforme lo establece la normatividad se evalúan las competencias laborales y comportamentales de los servidores públicos de carrera administrativa.	30%	Las autoevaluaciones de los servidores de las EST y /o cooperativas no se evidencian en Bogotá ni en la Unidad Funcional Zipaquirá. (En la vigencia 2016 se evidencia la realización las autoevaluaciones).
	8	Capacitación al recurso Humano de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá y Unidad funcional Zipaquirá en temas de cultura del servicio, servicio al cliente, humanización del servicio, comunicación asertiva y demás temas relacionados a grupos prioritarios (personal médico, enfermería, facturadores, secretaria y vigilancia)	Dentro del cronograma general de actividades de capacitación se encuentra: -La capacitación 'programa de humanización (líneas estratégicas priorizadas 2017, paciente crónico, tecnología amigable)' (44) del proceso de enfermería, realizado el 22 y 23 de marzo de 2017 a 357 personas; en donde se socializaron varios temas, entre ellos humanización - 7 líneas estratégicas. - Capacitación de Comunicación asertiva a 415 servidores el área de enfermería. - Desde salud laboral se realizan capacitaciones de trabajo en equipo y comunicación asertiva a 66 servidores de la E.S.E.	30%	El cronograma general de actividades de Capacitación de la vigencia 2017, firmado por la Directora administrativa y el subdirector de desarrollo humano registra 124 capacitaciones educación informal. No se evidencian capacitaciones en la Unidad Funcional Zipaquirá.

CUARTO COMPONENTE:

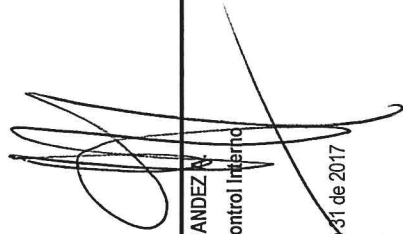
COMPONENTE	No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	9	Establecer un sistema de incentivos no monetarios, para destacar el desempeño de los servidores en relación al servicio prestado al ciudadano.	Como incentivo a las felicitaciones recibidas por los usuarios de los servicios se realizo salida recreacional a 80 personas de la planta de los EST y/o cooperativas que prestan sus servicios en la E.S.E.	ND	La entidad cuenta con un programa de bienestar social laboral e incentivos, código 01TH02-V1, aprobado el 24/04/2015 y con vigencia de 4 años. Se elaboro la resolución No. 211 de mayo o de 2017 en donde se crea el comité de Bienestar social laboral e incentivos de la E.S.E., en articulo segundo objetivos del Comité, numeral 1 establece: 'Realizar un reconocimiento por el desempeño laboral a los mejores colaboradores de la E.S.E.', por el cumplimiento efectivo de los objetivos institucionales, previo al establecimiento de un reglamento y de la conformación del Comité de Bienestar Social laboral e Incentivos de la E.S.E. Debido a que esta actividad no fue concertada con el subdirector de Desarrollo Humano, no es viable elaborar un sistema solamente para la actividad de incentivos no monetarios .
	10	Caracterizar a los ciudadanos - usuarios- grupos de interés y revisar la pertinencia de la oferta, canales, mecanismos de información y comunicación empleados por la entidad	Se realizó una identificación sociocultural de nuestros usuarios con el fin de captar los grupos de población específica que es atendida por nuestra Institución donde se realizó a través del análisis de nuestros clientes (entidades responsables de pago) al cual se solicitó nos informaran que tipo de poblaciones tenían afiliada con dialectos o lenguas madre cuyo resultado se logró realizar la traducción de los derechos y deberes institucionales en la lengua TIKUNA la cual es la lengua madre de Amazonas.	0%	Adicionalmente se realiza la traducción de nuestros Derechos y Deberes en el segundo idioma Inglés en aras de llegar a los diferentes usuarios extranjeros que posiblemente visiten nuestra Institución.

COMPONENTE	No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
	1	Realizar periódicamente (semestral) mediciones de percepción de los ciudadanos respecto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional y el servicio recibido, e informar los resultados al nivel directivo con el fin de identificar oportunidades y acciones de mejora.	Esta información se mide a través de los informes de gestión con la información relacionada a la vulneración de los atributos de calidad del producto de las quejas y reclamos el cual incluye accesibilidad y percepción de los servicios prestados. Trimestralmente se realiza el informe de gestión donde se informan los resultados obtenidos y las oportunidades o acciones de mejora se realizan por proceso o por causas reiterativas.	50%	No se evidencia información de la U.F.Z.
	2	Identificación mínima de la normatividad responsable y periodicidad de la información por cada uno de los procesos.	La identificación mínima de los reportes, la normatividad, cargo del responsable y periodicidad esta siendo revisada por cada uno de los subdirectores operativos de la E.S.E.	50%	
	3	Publicación de información mínima de la normatividad, responsable y periodicidad de la información por cada uno de los procesos en la pirámide documental.	Con fecha 14 de agosto de 2017, la oficina asesora de planeación y gestión de la calidad comunico via correo electrónico una matriz de control de reportes a entidades de vigilancia y control, para revisión y observaciones; el documento se encuentra en actualización dado que se requiere actualizar la normatividad, el nombre del reporte, la información que se reporta, la entidad de vigilancia y control a reportar, la periodicidad, el cargo del responsable, entre otros. Paralelamente la jefe de la Oficina Asesora de Control Interno para dar cumplimiento a uno de los roles de Control Interno viene realizando, con la normatividad vigente la matriz de reportes a entes de control.	50%	
	4	Elaboración y firma de acuerdo de confidencialidad y responsabilidad del contenido de la publicación de cada uno de los responsables.		0%	
	5	Verificación de cumplimiento de la publicación de la normatividad en la página WEB institucional	En la verificación realizada por Control Interno para establecer el avance de la política de gobierno en línea para el PAS 2017, establece que: acuerdos publicados de 1997 a 2016 hay publicados 12 acuerdos; de 2000 a 2003, de 2007 a 2013, de 2015 a 2017 no hay publicación de acuerdos. Circulares y directrices publicadas cuatro. Decretos publicados dos. Resoluciones publicadas hasta la vigencia del presente seguimiento una.	28%	

COMPONENTE	No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES	
QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	5	Publicación de información sobre contratación pública.	Se realizó plan de mejora para subsanar las observaciones en el SIA observa a abril de 2017, se viene ejecutando permanentemente del cargue de la información de la contratación de bienes, materiales médico quirúrgicos, medicamentos, servicios y demás al SECOP Y SIA OBSERVA.	58%	La contratación en el sitio WEB de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana presenta el siguiente comportamiento: de la vigencia 2015 hay publicados 63 procesos de contratación (102 al 185), de la vigencia 2016 hay publicados 57 procesos de contratación de 2017 159 publicados en el sitio WEB.	
	6	publicación y divulgación de información establecida en la estrategia de gobierno en línea.	En listado adjunto, como evidencia se registra lo que contiene el sitio WEB de la entidad; registra 43 actividades vigentes y actualizadas, 30 actividades incompletas (50%cu), de un total de 80 actividades que aplican a la E.S.E.	73%		
	7	Revisar estándares del contenido y oportunidad de las respuestas a las solicitudes de acceso a información pública.			0%	
	8	Actualizar la directriz gerencial 002 de 21 de julio de 2015, acerca de respuestas a derechos de petición en el sentido de incluir lo relacionado con las PQRSD y otros aspectos legales de los derechos de petición a que haya lugar.			0%	Se encuentra el proyecto de acto administrativo en revisión por parte de los responsables, para posterior firma y divulgación.
	9	Implementación de los tres instrumentos establecidos por la ley para apoyar el proceso de gestión de información de las entidades: Registro o inventario de activos de información. Esquema de publicación de información y índice de información clasificada y reservada.	Se realiza el levantamiento, verificación y actualización del inventario de Hardware y software, para posterior concordancia con las herramientas con que cuenta la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. El esquema de publicación de información se encuentra ejecutado.	67%		

COMPONENTE	No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
	01	Articulación de los instrumentos de gestión de información con los lineamientos del programa de Gestión Documental ORFEO			Para lograr la articulación se realizan y realizarán : reinducciones del aplicativo ORFEO; determinación de las variables que debe contener el módulo de PQRSD. Las TRD se Actualización de las TRD conforme los decretos 0190 de 23 de octubre de 2007 (organización interna de la empresa) y todos los demás que le aplican.
	02	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.	Se cuenta con diagnóstico de la población con limitaciones que requiere acceso a la información. Se definen herramientas de divulgación de derechos y deberes de acuerdo al análisis de la población con discapacidad donde se define la realización de video de derechos y deberes donde incluye lenguaje de señas, voz y subtítulos con el fin de proyectar en las pantallas touch, circuito cerrado y pagina web.	100%	
	03	Definir los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad.	Los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para los minusválidos, conforme lo establece la resolución No. 14861 de 1985, accesibilidad en Colombia, ha sido definida en e documento 'diagnostico de barreras físicas en la infraestructura actual', en la 'solicitud de productos y bienes incluidos para el plan anual de adquisiciones 2017' - mantenimiento bienes solicitudes de diferentes servicios Bogotá.	100%	No se evidencian documentos de la U.F.Z.
	04	Generar un informe de solicitudes de acceso a información que contenga: 1, El numero de solicitudes recibidas. 2, El numero de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. 3, El tiempo de respuesta a cada solicitud.	El informe de solicitudes de acceso a la información se evidencia en el informe suministrado por la subdirección operativa de Defensoría del usuario, así: - Numero de solicitudes recibidas PQRSD en el primer semestre de 2017 402 distribuidas en: 60 quejas, 122 reclamos, 139 felicitaciones, 67 solicitudes de información, 12 sugerencias y 2 denuncias. - El numero de solicitudes trasladadas a otra institución 1. - El tiempo promedio de respuesta de cada solicitud es de 13 días.	100%	Se cuenta con la información documentada en el procedimiento 02AUF06-v2 tramite y respuesta a peticiones de usuarios, en el componente cuarto, la actividad No.5

COMPONENTE	No.	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES	1	medir adherencia al conocimiento del código de ética institucional en grupos prioritarios.		0%	
	2	Planear acciones según resultado		0%	


 YETICA HERNANDEZ R.
 Jefe Oficina Control Interno
 Bogotá, Agosto 31 de 2017