

ENTIDAD:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

VIGENCIA:

2016

FECHA DE PUBLICACIÓN

FECHA DE SEGUIMIENTO

MAYO 13 DE 2016

PRIMER COMPONENTE:
GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
	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.	Política de Gestión del Riesgo integrada con el Riesgo 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) y la política de Administración del riesgo código 01DE06-V1, aprobada el 07/03/2016 registran la política: "MEJORES PREVENIR QUE CURAR" en su definición se agrega "...tanto los procesos como los posibles actos de corrupción..."	100%	No hay evidencia de la revisión. Presentada y aprobada por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno el 10 de mayo de 2016
	Política Administración de Riesgo: aprobación de la política institucional de Gestión del Riesgo.	Política de institucional de Gestión del Riesgo.		0%	
	Construcción de Mapa de Riesgos de Corrupción: Identificación y valoración de matrices de Riesgo por Proceso con la nueva metodología (según procedimiento institucional).	Matrices de Riesgo por procesos elaboradas.		0%	
	Consulta y Divulgación: Divulgación de las Matrices de Riesgo, tanto de procesos como institucional.	1. Matrices de Riesgos por procesos publicadas en la intranet institucional. 2. Matriz de Riesgos institucional publicada en la página Web.			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
	Monitoreo y Revisión: Definiciones de planes de Mejora de la matriz de riesgos institucional (Controles).	Plan de acción definido para cada uno de los riesgos institucionales (priorizados)			
	Seguimiento: Auditoría interna para análisis de causas, riesgos de corrupción y efectividad de controles incorporados en el Mapa de Riesgo institucional.	Cumplimiento al cronograma del Programa de Gestión del Riesgo Institucional.			
	Identificación de los trámites institucionales: inscripción de la institución en la página del Sistema Único de Información de trámites SUIT.	Institución inscrita ante el SUIT.	Se verifico en el aplicativo SUIT de la FUNCION PUBLICA y no se evidencia inscripción de la entidad.	0%	En el SUIT no se evidencia inscripción de la entidad.

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	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.	Registro de los trámites institucionales en el SUIT.	Se verifico en el aplicativo SUIT la inscripción de la entidad, no se evidencia inscripción ni registro de los trámites de la entidad.	0%	En el SUIT no se evidencia inscripción ni registro de trámites de la entidad.
	Identificación de los trámites institucionales: Priorización de trámites por medio de diferentes medios: Factores Externos: -Plan departamental de Desarrollo. - Referenciación competitiva.- Frecuencia de solicitud de trámites. - Encuestas a los usuarios. -PQRS.	Trámites institucionales priorizados por factores externos.	Se verifico en el aplicativo SUIT la inscripción de la entidad, no se evidencia inscripción ni registro de los trámites de la entidad.	0%	En el SUIT no se evidencia inscripción ni registro de trámites de la entidad.
	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.	Trámites institucionales priorizados por factores internos.	Se verifico en el aplicativo SUIT la inscripción de la entidad, no se evidencia inscripción ni registro de los trámites a priorizados de la entidad.	0%	
	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.	Trámites a racionalizar	Se verifico en el aplicativo SUIT la inscripción de la entidad, no se evidencia inscripción ni registro de los trámites a racionalizar de la entidad, ni el programa, e implementación del uso de las TICs.	0%	
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 sera 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.	Estrategia antitrámites elaborados.	Se verifico en el aplicativo SUIT la inscripción de la entidad, no se evidencia inscripción ni registro de los trámites, ni el diseño o implementación de la aplicación de la normatividad antitrámites en la entidad.	0%		

1

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES
TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS	Identificación de los tramites institucionales: Auditoria interna para análisis de causas, riesgos de corrupción y efectividad de controles incorporados en el Mapa de Riesgos institucionales.	Cumplimiento al cronograma del Programa de Gestión del Riesgo Institucional.	La Oficina de Control Interno realizo la verificación a través del aplicativo SUIT de la función pública, evidenciando que la entidad no ha hecho uso de la herramienta suministrada por la FUNCION PUBLICA para dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad.		
	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.	Plan de Rendición de Cuentas elaborado.	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.	80%	Falta la publicación en la WEB
	Diálogo: Implementación y Desarrollo de la Estrategia (Plan para la Rendición de Cuentas).	Rendición de cuentas realizada.	La Gerencia desarrollo y comunico la información unidireccional de entrega de resultados a través de Monólogos, en cada uno de los eventos programados.	50%	La vigencia de la rendición de cuentas fue de los periodos 2012 a 2015. Información enviada el 17 de marzo de 2016 a la Supersalud.
	Incentivo: Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas DEFINIR	Definir incentivos en servicios para los participantes revisando su legalidad como mecanismos de motivación.			
CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	Evaluación y Retroalimentación: Evaluación interna y externa del proceso de Rendición de Cuentas consolidada en un Plan de Mejora Institucional y divulgarlo.	Plan de Mejora Institucional elaborado y divulgado (pagina web institucional)	No se evidencia la Evaluación y retroalimentación	0%	
	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.	Elaborar 2 informes en el año			
	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.	Elaborar 4 informes en el año.		0%	No se evidencia informe de seguimiento
	Fortalecimiento de los canales de atención al ciudadano: Fortalecer la información y orientación al usuario en la recepción del HUS (al ingreso al HUS).	Elaborar cronograma de actividades			
	Normativa y Procedimiento: Actualizar el procedimiento de recepción, trámite y respuesta de peticiones de usuarios e implementarlo.	Procedimiento documentado			

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES															
<p align="center">QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN</p>	<p>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).</p>	<p>Temas incluidos en el plan de capacitación institucional (PCI)</p>																		
	<p>Lineamientos de Transparencia Activa: Publicación de información mínima obligatoria de procedimientos, servicios y funcionamiento.</p>	<p>1. Elaborar el listado de la información mínima que las diferentes normas ordenan publicar. 2. realizar su publicación en la página web oportuna y completa y de fácil acceso y consulta al ciudadano.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIODO</th> <th>VALOR</th> <th>PORCENTAJE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENERO</td> <td>14.955.810.651</td> <td>62,8%</td> </tr> <tr> <td>FEBRERO</td> <td>1.868.292.331</td> <td>62,0%</td> </tr> <tr> <td>MARZO</td> <td>742.994.008</td> <td>3,8%</td> </tr> <tr> <td>ABRIL</td> <td>782.455.903</td> <td>10,1%</td> </tr> </tbody> </table>	PERIODO	VALOR	PORCENTAJE	ENERO	14.955.810.651	62,8%	FEBRERO	1.868.292.331	62,0%	MARZO	742.994.008	3,8%	ABRIL	782.455.903	10,1%	<p>11,3%</p>	
	PERIODO	VALOR	PORCENTAJE																	
	ENERO	14.955.810.651	62,8%																	
FEBRERO	1.868.292.331	62,0%																		
MARZO	742.994.008	3,8%																		
ABRIL	782.455.903	10,1%																		
<p>Lineamientos de Transparencia Activa: Publicación de información sobre contratación pública.</p>	<p>continuar con la publicación de manera toda la información relacionada con los procesos de adquisición de bienes y servicios en la página web del hospital y demás portales del estado.</p>	<p>En el SECOP se publica I EL 33,8% de la Contratación de funcionamiento de la entidad</p>																		
<p>Lineamientos de Transparencia Activa: Publicación y divulgación de información establecida en la Estrategia de Gobierno en línea.</p>	<p>De verificar que se de estricto cumplimiento de forma y contenidos a la estrategia de gobierno en línea según la última actualización.</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>	<p>Definir el procedimiento y responsables o incluirlo dentro del procedimiento de respuestas a derechos de petición y PQRS para dar respuesta a solicitudes de acceso a la información definiendo cual es reservada y cual publica.</p>																			
<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>	<p>1. Acto administrativo. 2. Publicación de hoja de cálculo en el sitio web oficial del HUS en el enlace "Transparencia y acceso a información pública". 3. Publicación en el portal de Datos Abiertos del estado colombiano.</p>																			

04/03/2017

COMPONENTE	ACTIVIDAD PROGRAMADA	META O PRODUCTO	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).	Culminar con la implementación de ORFEO			
	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.	Realizar un diagnóstico de que población con limitaciones requiere acceso a la información en que medio y como facilitarles el acceso.			
	Criterio diferencial de accesibilidad: Adecuar los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a población en situación de discapacidad.	Realizar un diagnóstico de que la población con limitaciones requiere de acceso a la información en que medio y como facilitarles el acceso.			
	Criterio diferencial de accesibilidad: Implementar los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad.	Elaborar diagnóstico de barreras físicas de accesibilidad a personas con discapacidad. Elaborar proyecto de diseño e inversiones para mejorar estas condiciones.			
	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 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.	Definir, documentar el procedimiento para acceso a información que permita generar informes estadísticos.			
SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES	Iniciativa adicional: Medir adherencia al conocimiento del código de ética institucional en grupos prioritarios.	Informe documentado con resultados.	Se documenta con encuesta de 'CONOCIMIENTO CODIGO DE ETICA' a desarrollar y un cronograma de aplicación, sin ejecutar y con responsables de la aplicación.	10%	
	Iniciativa adicional: Toma de acciones según resultados	Acciones correctivas documentadas e inicio de implementación.			

YENICAHERNANDEZ A

Jefe Oficina Control Interno

Bogotá, Mayo 13 de 2016