



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

María del Pilar Chaves Sánchez
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y AL MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2015

Equipo Auditor:

Beatriz Elena Santa Herrera
Carmen Nury Chávez Pérez
Yolanda Aguirre Girón

Santiago de Cali, Agosto 30 del 2015



INFORME EJECUTIVO

SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y DE MEJORAMIENTO EN LA ATENCIÓN AL CIUDADANO Y AL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones registradas por cada uno de los procesos involucrados en el Plan de acción de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano y al Mapa de Riesgo Institucional.

CRITERIO DE LA AUDITORÍA

Este seguimiento se realiza en cumplimiento de la Ley 1474 del 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad de del control de la Gestión Pública. Inicia con el seguimiento y control a las actividades registradas y finaliza con el informe de cumplimiento de las acciones del Plan de acción de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano y al Mapa de Riesgo Institucional.

TIPO DE AUDITORIA: ESPECIAL
PGA
INFORMES DE LEY: X

METODOLOGÍA DE TRABAJO

- 1- Oficio publicado en la intranet y enviado por correo masivo, informando los días en las cuales se realizará el seguimiento
- 2- Visita de cada uno de los funcionarios de Control Interno al proceso asignado para realizar el seguimiento.
- 3- Consolidación de la información
- 4- Informe de cumplimiento a las acciones registradas
- 5- Publicación en página web.

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

El seguimiento se realizó conforme a lo establecido en la metodología de trabajo.



PLAN DE ACCIÓN DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

El Plan de acción de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano cuenta con 9 actividades y 38 subactividades, de las cuales 26 actividades están cumplidas, 6 están en proceso (una de las cinco en proceso contiene 2), 5 están sin cumplir (una de las tres sin cumplir contiene 3) y 1 requiere ajustar el responsable. Se cuenta con un avance en el estado de cumplimiento del plan del 68%.

Subactividades en proceso:

1. *Formular y desplegar una política institucional de lucha contra la corrupción.* La política no está en el Daruma. La Oficina Asesora de Control Interno proyectó la política, la cual fue enviada a Control Interno Disciplinario para revisión y publicación en Daruma.
2. *Hay 2 acciones referentes a: Terminar la implementación de la estrategia Gobierno en Línea.* Se está realizando un contrato para la página web, intranet y correo electrónico.
3. *Actualizar e implementar las Tablas de Retención Documental:* Se cuenta con las TRD, las cuales no se han aprobado ni aplicado.
4. *Revisar y liderar la implementación de la guía para la construcción de una infraestructura ética:* Se aplicaron encuestas para medir el clima laboral, actividad que realizó la Universidad de San Buenaventura, dicho informe puede servir como base para ajustar el código de ética.
5. *Actualizar la información relativa a la entidad que se encuentra disponible en Gobierno en Línea.* Hay 2 acciones relacionadas con este ítem. El avance se registra porque están los estudios previos para implementar una nueva página web la cual cumplirá con toda la normatividad de Gobierno en Línea.

Subactividades sin avance:

1. Hay 3 acciones bajo la responsabilidad de la Mesa de Transparencia: Diseñar cronograma de reuniones, cumplirlo y brindar capacitación en temas relacionados con la estrategia anticorrupción y atención al ciudadano.
2. Formular y desplegar una política institucional Antitrámites.
3. Gestionar la ubicación puntos de atención al usuario Entidades Promotoras de Salud que compran servicios a la E.S.E..

Quintero



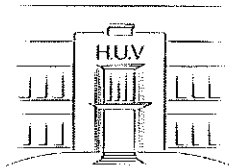
MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

El Mapa de Riesgo Institucional cuenta con 36 riesgos, de los cuales 26 están clasificados como de corrupción. Para el tratamiento de estos riesgos se diseñaron 78 acciones; del total de las acciones 42 están cumplidas, 7 en proceso, 16 sin cumplir y 13 están para cumplimiento posterior a la visita de auditoría. Para determinar el avance en el cumplimiento de las acciones del Mapa de Riesgos 2015 se tendrá en cuenta las acciones que están en proceso; en el siguiente seguimiento sólo se tendrán como cumplidas las concluidas. El mapa de riesgos tiene el 63% de avance en el estado de cumplimiento.

Observaciones

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgo Institucional los funcionarios identificaron varias novedades, a saber:

- 1) Se encontraron subactividades que requieren redefinir el responsable, lo cual fue detectado por unos procesos al momento del seguimiento:
 - ✓ Realizar seguimiento al trámite del Anexo Técnico No. 3 Solicitud de Autorización de Servicios De Salud asignada a Gerencia Operativa de Servicios de Salud, solicita se traslade al proceso de Gerencia Financiera.
 - ✓ Comprobar mediante controles eficientes la experiencia en los conocimientos de las funciones a realizar por parte de supervisores o interventores asignada a Gestión Jurídica, se recomienda asignarla a un responsable competente.
- 2) Se encontraron acciones bajo la responsabilidad de Gestión de Recursos Físicos, la cual no está definida en la Institución, por lo cual se recomienda asignarla a un área que sea identificada en el Hospital.
- 3) Para el riesgo catalogado en corrupción: Vulnerabilidad al sistema de información, diseñaron 2 acciones: 1- registro de adulteración o mal manejo del sistema y 2- registro de vulneraciones detectadas en el mes. Estas acciones no generan impacto en el riesgo, razón por la cual el proceso responsable de ejecutarlas propone cambiarlas por: Gestionar muro de seguridad corta fuegos, lo cual impide que los externos ingresen al sistema.
- 4) Para el riesgo Pérdida de Información, una de las acciones esta Implementar una copia de seguridad institucional externa; el proceso responsable propone que la acción se cambie por: Gestionar copia de respaldo externa, para la continuidad del negocio en caso de eventos adversos.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
Evaristo Gaitán E.S.F

ACCIONES SIN CUMPLIR	
ACCIÓN	OBSERVACIÓN
Formular e Implementar acuerdos de gestión y planes de acción 2015 por proceso HUV con enfoque en acreditación	Cumplimiento: marzo 2015. La Oficina Asesora de Planeación tenía el compromiso de entregar los indicadores para elaborar los acuerdos de gestión lo cual no se ha realizado a la fecha.
Realizar seguimientos, evaluación y cierre del Plan de Desarrollo 2012- 2015, Plan de Acción 2015y Planes de Acción por Proceso 2015	No se ha realizado. El Plan de acción se aprobó en junio 2015; no se evidencia firma del acuerdo por parte de la Junta Directiva.
Fortalecer la frecuencia del seguimiento y control de la medición de la adherencia a prácticas seguras (higiene de manos – aislamientos)	Cumplimiento: trimestral. Lo realiza el área de Epidemiología, con informes trimestralmente a Dirección Operativa de Servicios de Salud. No presentaron soportes de esta actividad.
Aprobar y aplicar las tablas de retención documental	Cumplimiento: de enero a diciembre. Se cuenta con las tablas, pero no están aprobadas ni aplicadas.
Formular y ejecutar el Programa de Gestión Documental	Cumplimiento: Formulación del programa: Junio de 2015. Implementación: Julio-Diciembre de 2015. No se ha cumplido con esta acción. Se cuenta con el diagnóstico realizado por PGE servicios.
Implementar un sistema de evaluación de desempeño propio para empleados públicos (carrera administrativa, provisional y oficial)	Fecha de cumplimiento: julio 2015. Al momento de la auditoria no se evidencia avance en esta actividad.
Exigir desde la contratación con agremiaciones la implementación de un plan anual de capacitación y un sistema de evaluación de desempeño	Fecha de cumplimiento: julio 2015. No se evidencia avance en esta actividad.
Monitorear el cumplimiento de los acuerdos de gestión	Fecha de cumplimiento: julio 2015. No se evidencia los acuerdos de gestión.
Mantener y mejorar los programas de vigilancia: Fármaco, tecno e Implementar reactivovigilancia	Cumplimiento de enero a diciembre. El proceso responsable no presentó evidencia de esta actividad.
Realizar seguimiento y evaluación a la gestión de los comités técnicos de servicio.	El seguimiento se realiza cada quince días en reuniones con los gerentes. No presentaron evidencia de esta actividad.
Generar informes del seguimiento al cumplimiento de las medidas del PSFF.	Fecha de cumplimiento: cada 3 meses. No se evidencian informes de seguimiento al PSFF.
Implementar una copia de seguridad institucional externa.	No se ha realizado debido a que la Entidad no cuenta con los recursos. El proceso responsable propone que la acción sea Gestionar copia de respaldo externa y para la continuidad del negocio en caso de eventos adversos.
Implementar el procedimiento de entrega de información ante movimientos internos de personal o retiro.	Fecha de cumplimiento. Junio 2015. No se evidencia formato de entrega de información de movimientos internos de personal o retiro.
Desarrollar de proyecto de infraestructura para archivo.	No se ha cumplido. Se presentó propuesta, pero la institución no cuenta con recursos para esta actividad.
1. Creación de cargos provisionales. 2. Reestructuración de la planta de personal. 3. Contratar personal con perfil asistencial en el proceso.	Se evidencia convenio interadministrativo con la ESAP para realizar los estudios de cargas laborales, cronograma de junio a septiembre de 2015. No se evidencia informe parcial de los estudios de cargas laborales. Existe oficio del 10 de agosto con radicado No.100102382015 donde se solicita ampliación en tiempo y valor del convenio.



Dificultades en el seguimiento

El Plan de Acción de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano fue revisado, validado y publicado en la página web desde el 30 de enero; en algunos procesos se evidencia que se desconoce la existencia de dicho plan, no se identifica su publicación y algunas de las acciones allí consignadas son desconocidas por los responsables de ejecutarlas, lo que se constituye en riesgo de no realizar la acción o que ésta no tenga la efectividad requerida.

RECOMENDACIONES

1. Actualizar la metodología de administración del riesgo teniendo en cuenta la normatividad vigente. Incluir el diseño de riesgos de corrupción y lograr que sea una metodología más amigable, más clara en la valoración del riesgo, en lo cual se evidencia mayor debilidad.
2. Fortalecer la construcción participativa del Plan de Acción de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano y del Mapa de Riesgo con los líderes de los procesos y responsabilizar solo a uno de cada subactividad, logrando de esta manera que, al realizar el seguimiento al cumplimiento de las acciones, los procesos y áreas tengan conocimiento de la responsabilidad que tienen sobre las diferentes acciones y lograr un mayor cumplimiento y efectividad.
3. Socializar a todos los funcionarios de la entidad el Mapa de Riesgos Institucional y promover el monitoreo permanente al interior de los procesos.
4. Realizar los ajustes correspondientes para dar cumplimiento a lo estipulado en la Circular Externa 003 de febrero de 2015.
5. Designar el responsable que realice la gestión con los diferentes procesos encargados de suministrar la información que se debe publicar en la página web, para dar cumplimiento a la Ley 1712 de 2014, al Decreto Reglamentario 103 de 2015 y a lo estipulado por Gobierno en Línea y que se presenten los informes de solicitudes de acceso a la información; el primero deberá presentarse seis meses después de la expedición de este último decreto en los términos descritos en el artículo 52.
6. Publicar y desplegar una política institucional de lucha contra la corrupción.
7. Revisar y liderar la implementación de la guía para la construcción de una infraestructura ética, y si es el caso, reformular esta acción con miras a mantener la infraestructura ética.
8. Realizar seguimiento al trámite del Anexo Técnico No. 3 Solicitud de Autorización de Servicios de Salud.
9. Formular y desplegar una política institucional antitrámites.
10. Diseñar el cronograma de reuniones de la Mesa de Transparencia para el 2015 y sesionar de acuerdo con éste.
11. Atender las observaciones y recomendaciones realizadas al mapa de riesgos consolidado en el Informe Final de Auditoría de Direccionamiento Estratégico.