

HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
Evaristo García E.S.E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E. S. E.

Fecha: 14/09/2016

Hora: 15:45:17



Asunto: INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE
ACCION DE LUCHA CONTRA LA

Folios: 7

Remitente: OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

Destinatario: GERENTE GENERAL

Cite este número de respuesta: *100110012016*

01.04

PARA: Dr. JUAN CARLOS CORRALES BARONA
Gerente General (I)

DE: OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

Asunto: Informe de Seguimiento al Plan de Acción de Lucha Contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano y al Mapa de Riesgo Institucional 2016.

Me permito enviar a usted el informe de Seguimiento al Plan de Acción de Lucha Contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano y al Mapa de Riesgo Institucional 2016, en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011.

Atentamente,

MARÍA DEL PILAR CHAVES SÁNCHEZ
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Anexos: 1
No. Folios: 7
Copia a: Archivo

Proyectó: Secretaria Control Interno
Revisó : María del Pilar Chaves S

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

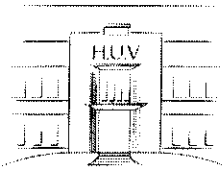
María del Pilar Chaves Sánchez
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

**SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN
Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO
Y AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN
2016**

Equipo Auditor:

Argemiro Manzano Giraldo

Santiago de Cali, Septiembre 8 del 2016



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
Buenos Aires, C.A.B.

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 DE CORRUPCIÓN

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 de Corrupción.

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 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 de Corrupción.

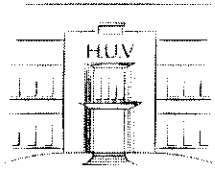
TIPO DE AUDITORIA: ESPECIAL
PGA
INFORMES DE LEY: **X**

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.



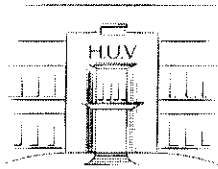
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
Florencia, Córdoba, C.R.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

El Mapa de Riesgo Institucional cuenta con 4 riesgos de Corrupción identificados, a los cuales se les diseñó 8 acciones para su tratamiento, de las cuales 1 acción que estaba cumplida ya no lo está debido al retiro de los funcionarios en los que recaía esta acción. Actualmente, se encuentra 6 acciones en proceso, 2 más que en el anterior seguimiento, debido a que una acción después de presentar cumplimiento pasó a estar en proceso, por el motivo expuesto anteriormente y otra que no presentaba evidencia realizó un avance significativo; quedando así 2 acciones sin presentar avance de cumplimiento, una menos que las acciones sin cumplir en el seguimiento anterior.

Acciones en proceso

ACCIÓN	OBSERVACION
Promover la actualización y despliegue de las Políticas, Normas, Procesos, Reglamentos, Manuales de Funciones y Procedimientos.	La política anticorrupción está en proceso de estandarización, fue remitida por la Oficina Asesora de Planeación a la Oficina de Gestión de Calidad. La Política para la Gestión de Tecnología está en Daruma en fase de aprobación. En cuanto a Manuales de Funciones y Competencias laborales de la Oficina Asesora de Planeación no se han actualizado. Se observa que la Política Antitrámites no presenta hasta la fecha ningún avance a pesar de las citaciones realizadas por la Oficina de Planeación a la Gerencia Administrativa. Algunos de procesos del Hospital están actualizando sus documentos controlados, principalmente los procedimientos.
Repensar y redefinir la estructura organizacional con base en la realidad y necesidad actual.	El 2 de septiembre de 2016 se observa que la Oficina Asesora de Planeación ha participado a algunas reuniones con un experto de Univalle para el diseño de una propuesta de reestructuración. A la fecha se observa el rediseño para la prestación de servicios de salud, la cual fue aprobada por la Junta Directiva la cual no ha sido articulada con los demás niveles de la entidad.
Concluir la revisión y actualización del Manual de Funciones y Competencias Laborales.	Esta acción está en proceso.
Notificar y capacitar a los supervisores una vez sean elegidos.	Esta acción está en proceso.
Realizar reintroducción a supervisores que estén ejerciendo la labor actualmente.	Esta acción está en proceso.
Realizar seguimiento y evaluación al cumplimiento de las políticas, planes y programas institucionales.	El 2 de septiembre de 2016 se observa que la Oficina Asesora de Planeación levantó con los niveles de operación del Hospital el diagnóstico estratégico, el plan de acción institucional para la vigencia 2016 y un 80% de avance en la formulación del Plan de Desarrollo, del cual a la fecha se tiene la formulación de la parte estratégica (Misión, Visión, Principios y Valores, Líneas, Objetivos, Estrategias, Programas y Subprogramas), se está en fase de definición de metas de resultado y metas de producto, plan de inversiones, Plan Operativo Anual de Inversiones.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
Especialidad Clínica E.S.E.

Acciones sin evidencia

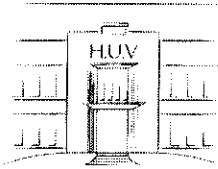
ACCIÓN	OBSERVACIÓN
Identificar y sensibilizar a los servidores públicos en condiciones de mayor vulnerabilidad frente a delitos de corrupción.	Esta acción está planeada para el segundo trimestre del 2016; no se ha cumplido.
Revisar, actualizar y socializar el estatuto contractual HUV.	A la fecha no presenta avance.

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 13 actividades y 38 subactividades, de las cuales 30 actividades están cumplidas, 3 más que las del seguimiento anterior. En proceso hay 7 subactividades, 1 menos que las que estaban en el seguimiento anterior, quedando solamente 1 sin cumplir. Por lo anterior, el Plan de acción de Lucha contra la Corrupción presenta un avance de cumplimiento de 78.94%.

Subactividades en proceso

1. *Capacitar a la alta gerencia y líderes de proceso en la administración del riesgo.* El plazo de esta actividad se replantea hasta el 30 de diciembre de 2016. No obstante, presenta avance. La Oficina de Control Interno envió el enlace para la Videoconferencia de Administración del Riesgo dada por el DAFP el 25 de mayo de 2016 a los directivos y líderes de proceso. Además, se dio inicio a una capacitación en Gestión Integral del Riesgo en Salud con Asohosval.
2. *Terminar la implementación de la estrategia Gobierno en línea.* El responsable de esta acción es la Gerencia administrativa y la Subgerencia de Gestión de la Información, con un plazo hasta el 30 de noviembre de 2016; no se observa mayor avance y se ha presentado dificultad en mantener la información en la página web.
3. *Capacitar a los procesos en Gobierno en línea.* Esta acción depende de la anterior.
4. *Documentar el programa de gestión documental en la cual se establezcan los procedimientos y lineamientos necesarios para la producción, distribución, organización, consulta y conservación de los documentos públicos. Conforme a los lineamientos del decreto 2609 de AGN y sus acuerdos reglamentarios.* El responsable de esta acción es la Gerencia Administrativa y el Profesional de Gestión Documental, con plazo hasta el 30 de septiembre. La subactividad no presenta avance significativo, se presentó proyecto para el mejoramiento del espacio de Archivo.
5. *Adoptar mediante acto administrativo el Programa de Gestión Documental.* Hasta la fecha no se observa avance, depende de la anterior subactividad y el plazo es hasta el 10 de octubre de 2016.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
Escuela Especial CSF

6. *Socializar el Programa de Gestión Documental con los diferentes niveles de operación y procesos del hospital.* Esta Subactividad depende de la anterior y tiene plazo hasta el 30 de noviembre de 2016.
7. Formular y desplegar una política institucional de racionalización de trámites. El plazo se replantea hasta el 30 de noviembre de 2016. No se evidencia avance en esta actividad; el responsable de esta acción es la Gerencia administrativa.

Subactividad sin avance

1. Revisar guía #1 para ajustar la infraestructura y ejecutar actividades tendientes a su interiorización. Esta subactividad es responsabilidad del Grupo de Apoyo liderado por la Oficina Asesora de Planeación; esta subactividad no presenta avance.

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

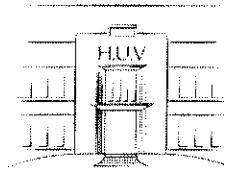
EL Hospital cuenta con 18 riesgos clasificados, así:

Riesgos	Número de Riesgos	Porcentaje de Riesgos	Número de Riesgos Materializados	Porcentaje de Riesgos Materializados
Estratégicos	4	22%	3	17%
Cumplimiento	2	11%		0%
Operativos	6	33%	1	6%
Financieros	1	6%	1	6%
Corrupción	4	22%	2	11%
Tecnológicos	1	6%	1	6%
Total	18	100%	8	44%

Al observar los 18 riesgos se detecta que 8 presentan desviaciones predominantes, así:

Estratégicos

1. Incumplimiento en la IMPLEMENTACIÓN y EVALUACIÓN de la Gestión Institucional y del Sistema de Control Interno (Metas Institucionales). A la fecha se han realizado acciones pero no se cuenta con el Plan de Desarrollo Institucional aprobado por la Junta Directiva del Hospital, siendo un control fundamental.
2. Inadecuada medición y análisis de indicadores de gestión, para toma de decisiones estratégicas. No se cuenta con los Acuerdos de Gestión y tampoco con los indicadores.
3. La Información y comunicación no opere como eje transversal en la institución. No se cuenta con el Programa de Gestión Documental HUV Implementado y con el Sistema de Información Integrado totalmente.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
Española García L.D.C.

Operativos

4. Recurso Humano Insuficiente para el desarrollo de los diferentes procesos del hospital. No se evidencia el Estudio Técnico de Redefinición Institucional (documento) y tampoco el porcentaje de procesos con talento humano planificado.

Financieros

5. Riesgo de Ilquidez. Se han realizado acciones para el Fortalecimiento de los Ingresos, la Recuperación de cartera proyectada, Cumplimiento de recaudo proyectado para Presupuesto de ingresos 2016, Saneamiento de Pasivos y conciliaciones con entidades conciliadas con cartera representativa; sin embargo, el Hospital continúa con problemas de ilquidez.

Tecnológicos

6. Pérdida de Información (Vulnerabilidad de la Información). No se evidencia las Tablas de Retención Documental aplicadas y los Procesos del Hospital no han sido capacitados en Gestión Documental.

Corrupción

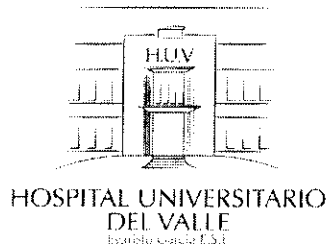
7. Manipulación del Manual de Funciones y Competencias Laborales para la vinculación de persona. No se evidencia el acto administrativo de adopción del nuevo Manual de Funciones y Competencias Laborales.
8. Concentrar las labores de supervisión de múltiples contratos en poco personal. Se evidencia que existe más de 10 contratos bajo supervisión de un solo funcionario.

OBSERVACIONES

En el seguimiento al Mapa de Riesgo Institucional se identificó lo siguiente:

- No se ha actualizado la Política y Metodología de Administración del Riesgo de acuerdo con los lineamientos del DAFP 2014.
- La socialización del mapa de riesgos no ha sido interiorizada por lo cual se espera que se empleen otros mecanismos para lograr su efectividad.
- Se observa que los riesgos de mayor vulnerabilidad son los estratégicos y los de corrupción.

En cuanto a los mapas de riesgos de procesos, a estos se les hace seguimiento mediante las auditorías priorizadas según el Plan Anual de Auditorías Internas.



RECOMENDACIONES

1. Actualizar la Política y Guía de Administración del Riesgo, de acuerdo a la metodología del DAFP.
2. Realizar las acciones tendientes a dar cumplimiento a las programadas, en el menor tiempo posible, especialmente las relacionadas con las desviaciones detectadas.
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. Revisar y actualizar el Mapa de Riesgos Institucional, nuevamente, teniendo en cuenta especialmente los Indicadores, pues no todos permiten su medición, como es el caso de los del Riesgo de Ilíquidez, en el que en algunos no se observa cuantificación y el del Riesgo de Corrupción Concentrar las labores de supervisión de múltiples contratos en poco personal que tiene como indicador de acción Indicador de concentración: # de supervisores / # de contrato.